



Universidade do Porto

Faculdade de Ciências do
Desporto e de Educação Física

A Actividade Física, as Autopercepções Físicas, a Felicidade e os Afectos de Adultos Idosos

Maria Fernanda Silva Esteves

Outubro 2003

M

Universidade do Porto

Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física

**A ACTIVIDADE FÍSICA, AS AUTOPERCEPÇÕES FÍSICAS,
A FELICIDADE E OS AFECTOS DE ADULTOS IDOSOS**

Dissertação apresentada com vista à obtenção de Grau de Mestre em Ciências do Desporto, na Área de Especialização de Actividade Física para a Terceira Idade, ao abrigo do Decreto de Lei nº216/92 de 13 de Outubro.

Orientador: Professor Doutor António Manuel Fonseca

Maria Fernanda Silva Esteves

Porto, Outubro 2003

Ficha de catalogação:

Esteves, Maria Fernanda Silva (2003): A Actividade Física, as Autopercepções Físicas, a Felicidade e os Afectos de Adultos Idosos. Dissertação apresentada com vista à obtenção de Grau de Mestre em Ciências do Desporto, na Área de Especialização de Actividade Física para a Terceira Idade. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física – Universidade do Porto.

ACTIVIDADE FÍSICA

AUTOPERCEPÇÕES FÍSICAS

FELICIDADE

AFECTOS

IDOSOS

AOS MEUS PAIS

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor António Manuel Fonseca, pela sua disponibilidade, atenção e rigor na orientação deste trabalho, e, pela forma profissional e humana que revelou durante todo este processo.

A todas as Instituições do distrito de Aveiro e concelhos de Ponte da Barca e Arcos de Valdevez, pela colaboração que sempre demonstraram para a aplicação dos questionários, bem como a todos os idosos que voluntariamente participaram no estudo.

À Paula, ao César e aos meus pais, por estarem sempre presentes de forma tão compreensiva e carinhosa.

À Helena Sofia, pelo incentivo e pela colaboração que, de forma tão humana e carinhosa, demonstrou até à conclusão deste trabalho.

À Isabel e à Ângela, por todo o apoio e carinho.

À Isabel e às colegas Susana e Diana, pelas traduções e pela revisão do texto.

Ao DNA, em especial ao Sr. Aníbal, por toda a simpatia.

A todos o meu profundo agradecimento.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE FIGURAS	IX
ÍNDICE DE QUADROS	XI
ÍNDICE DE ANEXOS	XIII
RESUMO	XV
ABSTRACT	XVII
RÉSUMÉ	XIX
1. INTRODUÇÃO	3
2. REVISÃO DA LITERATURA	9
2.1 BEM-ESTAR SUBJECTIVO	9
2.1.1 O bem-estar subjectivo numa perspectiva de ciclo de vida	9
2.1.2 O bem-estar subjectivo – Definição	15
2.1.3 Componentes cognitiva e afectiva do bem-estar subjectivo	17
2.1.3.1 Felicidade	19
2.1.3.2 Afectos	20
2.1.4 Avaliação do bem-estar subjectivo	22
2.1.5 Estudos realizados: resultados e considerações	24
2.2 AUTOCONCEITO	29
2.2.1 Autoconceito e auto-estima – Definição	29
2.2.2 Autoconceito físico	34
2.2.3 Avaliação do autoconceito físico	36
2.2.4 Estudos realizados: resultados e considerações	39
2.3 ACTIVIDADE FÍSICA	42
2.3.1 A importância da actividade física no processo de envelhecimento	42
2.3.2 Papel e benefícios da actividade física na terceira idade	43
2.3.3 Efeitos psicológicos do exercício e da actividade física	47

3. METODOLOGIA	59
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	59
3.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	61
3.2.1 Descrição dos instrumentos	61
3.2.2 Tradução dos instrumentos	64
3.3 PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO	65
3.4 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	65
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	69
4.1 Média e desvio padrão para a amostra total	69
4.2 Diferenças em função do sexo	69
4.3 Diferenças em função dos escalões etários	70
4.4 Diferenças entre idosos institucionalizados e não institucionalizados	71
4.5 Diferenças em função do estado civil	73
4.6 Diferenças em função da prática de actividade física	74
4.7 Diferenças entre indivíduos que consideram que a actividade física que praticam é suficiente e aqueles que consideram não ser suficiente	75
4.8 Estudo das correlações entre as várias escalas das autopercepções físicas e as escalas de felicidade e afectos	76
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	81
6. CONCLUSÕES E SUGESTÕES	95
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	101

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1:	Factores que afectam a qualidade de vida (adaptado de Spirduso, 1995)	14
Figura 2:	Componentes do autoconceito e auto-estima e a sua relação com o exercício (adaptado de Spirduso, 1995)	34
Figura 3:	Componentes do autoconceito físico (adaptado de Williams, 1983)	35
Figura 4:	Características das componentes do autoconceito físico (adaptado de Marsh e Redmayne, 1994)	36
Figura 5:	Relação da actividade física com a autonomia e independência da pessoa idosa (adaptado de Carvalho e Mota, 2002)	44

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Componentes do bem-estar subjectivo (adaptado de Diener et al., 1999)	18
Quadro 2	Instrumentos mais utilizados para avaliação do autoconceito (adaptado de Keith e Bracken, 1996)	38
Quadro 3	Síntese dos benefícios psicológicos da actividade física (adaptado de WHO, 1997)	45
Quadro 4	Síntese dos benefícios socioculturais da actividade física (adaptado de WHO, 1997)	46
Quadro 5	Síntese dos benefícios fisiológicos da actividade física (adaptado de WHO, 1997)	46
Quadro 6	Caracterização da amostra (idades em função do sexo)	59
Quadro 7	Caracterização da amostra (número de idosos jovens e idosos/muito idosos)	59
Quadro 8	Caracterização da amostra (número de utentes de cada instituição)	60
Quadro 9	Caracterização da amostra (estado civil da população estudada)	60
Quadro 10:	Passado desportivo dos sujeitos da amostra	60
Quadro 11	Actividade física actual dos sujeitos da amostra	61
Quadro 12	Média e Desvio Padrão para a amostra total	69
Quadro 13	Autopercepções físicas em função do sexo	69
Quadro 14	Felicidade em função do sexo	70
Quadro 15	Afectos positivos e afectos negativos em função do sexo	70
Quadro 16	Autopercepções físicas em função dos escalões etários	70
Quadro 17	Felicidade em função dos escalões etários	71
Quadro 18	Afectos positivos e afectos negativos em função dos escalões etários	71
Quadro 19	Autopercepções físicas em função do local de habitação	72
Quadro 20	Felicidade em função do local de habitação	72
Quadro 21	Afectos positivos e afectos negativos em função do local de habitação	72
Quadro 22	Autopercepções físicas em função do estado civil	73
Quadro 23	Felicidade em função do estado civil	73
Quadro 24	Afectos positivos e afectos negativos em função do estado civil	74
Quadro 25	Autopercepções físicas em função da prática de actividade física	74
Quadro 26	Felicidade em função da prática de actividade física	74

Quadro 27	Afectos positivos e afectos negativos em função da prática de actividade física	75
Quadro 28	Autopercepções físicas em função da actividade física ser ou não suficiente	75
Quadro 29	Felicidade em função da actividade física ser ou não suficiente	76
Quadro 30	Afectos positivos e afectos negativos em função da actividade física ser ou não suficiente	76
Quadro 31	Correlações entre as várias escalas das autopercepções físicas	77
Quadro 32	Correlações entre as escalas de felicidade e afectos positivo e negativo	77
Quadro 33	Correlações entre as várias escalas das autopercepções físicas e as escalas de felicidade e afectos positivo e negativo	78

ÍNDICE DE ANEXOS

Propostas de Tradução (Escala de Afectos Positivos e Afectos Negativos)	I
Propostas de Tradução (Escala de Felicidade Geral)	II

RESUMO

Neste estudo procurámos compreender e analisar as Autopercepções Físicas e o Bem-Estar Subjectivo na sua componente afectiva (Felicidade e Afectos) de adultos idosos. Pretendemos observar se estes constructos variavam em função do sexo, idade, estado civil, local de habitação e prática de actividade física. Finalmente, procurámos analisar as relações existentes entre as autopercepções físicas, felicidade e afectos positivo e negativo.

À amostra, constituída por 185 idosos com idades compreendidas entre os 65 e 93 anos, dos quais 121 do sexo feminino e 64 do sexo masculino, foram aplicadas versões traduzidas e adaptadas do *Physical Self-Perception Profile* (Fox e Corbin, 1989), *Positive and Negative Affect Schedule* (Watson, Clark e Tellegen, 1988) e *General Happiness Scale* (Lyubomirsky e Lepper, 1999). Aplicamos, ainda, um questionário de Identificação Sócio-Demográfica.

De uma forma geral, os resultados evidenciaram que não existiam diferenças nas autopercepções físicas e na felicidade em função do sexo dos idosos. No que se refere aos afectos, verificámos afectos negativos superiores nas mulheres. Em relação à idade constatámos que os idosos jovens (65-75) apresentavam autopercepções mais elevadas nas escalas de função física e força física e quanto aos afectos positivos apresentavam valores superiores relativamente aos idosos/muito idosos (76-93). Verificámos ainda que a idade (idosos jovens e idosos/muito idosos) não tinha influência sobre a felicidade. Observaram-se, relativamente ao local de habitação, autopercepções físicas mais elevadas, maior felicidade e afectos positivos em idosos não institucionalizados relativamente a idosos institucionalizados. Verificámos ainda que os idosos casados apresentavam uma auto-estima física, felicidade e afectos positivos superiores aos idosos solteiros/divorciados e viúvos. Relativamente à prática de actividade física observaram-se diferenças estatisticamente significativas em todas as escalas das autopercepções físicas, com excepção da escala de função física, entre os idosos praticantes e não praticantes. Ou seja, de uma forma geral os idosos que praticavam actividade física apresentavam autopercepções mais positivas. Também foi visível que estes se sentiam mais felizes e apresentavam afectos positivos superiores.

Finalmente, identificaram-se correlações positivas significativas entre alguns dos constructos estudados.

Palavras-chave: ACTIVIDADE FÍSICA, AUTOPERCEPÇÕES FÍSICAS, FELICIDADE, AFECTOS, IDOSOS.

ABSTRACT

In this study we try to understand and analyse Physical Self-Perceptions and Subjective Well-Being in its affective component (Happiness and Affect) of older adults. We aim to observe if these constructs vary according to gender, age, civil status, place of residence and practise of physical activity. Finally we intent to analyse the existing relationships between physical self-perceptions, happiness and affect (positive and negative).

To the sample, constituted by 185 elder people with ages between 65 and 93 years old, from which 121 females and 64 males, were applied translated and adapted versions of *Physical Self-Perception Profile* (Fox e Corbin, 1989), *Positive and Negative Affect Schedule* (Watson, Clark e Tellegen, 1988) and *General Happiness Scale* (Lyubomirsky e Lepper, 1999). We also applied a questionnaire on Socio-Demographic Identification.

Generally the results showed that there are no differences in physical self-perceptions and happiness relatively to the elders gender. In what affects are concerned, we verified higher negative affects in women. In relation to age, we verify that young elders (65-75) had higher self-perceptions in the scales of physical function and physical strength relatively to the elders/very elders (76-93). The same was verified concerning positive affects. We also verified that age (young elders and elders/very elders) had no influence in happiness. We observed concerning the place of residence, higher self-perceptions, greater happiness and positive affects in non institutionalized elders comparatively to institutionalized elders. We also verified that married elders had higher physical self esteem, happiness and positive affects than single/divorced and widower elders. Concerning the practise of physical activity, we observed statistically significant differences in every scale of physical self-perceptions, with the exception of physical function scale, between practising and non practising elders. That is, generally the elder that practised physical activity presented more positive self-perceptions. It was also verified that these felt happier and presented higher positive affects.

Finally, we identified significant positive correlations between some of the studied constructs.

Key-Words: PHYSICAL ACTIVITY, PHYSICAL SELF-PERCEPTIONS, HAPPINESS, AFFECTS, ELDERS.

RÉSUMÉ

Lors de cette étude nous avons cherché à comprendre et à analyser les Auto-Perceptions Physiques et le bien-être subjectif dans sa composante affective (Bonheur et Sentiments Affectifs) des personnes âgées. Nous prétendons observer si ces éléments varient selon le sexe, l'âge, l'état civil, le lieu de résidence et l'activité physique. Finalement, nous prétendons analyser les relations existantes entre les auto-perceptions physiques, le bonheur et les sentiments affectifs (positifs et négatifs).

À l'échantillon, constitué par 185 personnes âgées, âgées de 65 à 93 ans, dont 121 sont du sexe féminin et 64 du sexe masculin, il a été appliqué les versions traduites et adaptées du *Physical Self-Perception Profile* (Fox e Corbin, 1989), *Positive and Negative Affect Schedule* (Watson, Clark e Tellegen, 1988) et *General Happiness Scale* (Lyubomirsky e Lepper, 1999). Nous y avons, aussi, un questionnaire d'Identification Socio-Démographique.

De ce fait et d'une manière générale, les résultats ont mis à jour qu'il n'existe pas de différence entre les auto-perceptions physiques et le bonheur, entre les différents groupes sexuels. Par rapport à l'âge, nous avons constaté que les personnes âgées (65-75 ans) présentaient des auto-perceptions supérieures dans la fonction physique et force physique et par rapport aux des sentiments affectifs positifs présentaient des valeurs supérieures, relativement aux personnes âgées et aux personnes très âgées (76-93 ans). Nous avons aussi vérifié que l'âge (personnes âgées et très âgées) n'avait aucune influence sur le bonheur. On a constaté, par rapport au lieu de résidence, des auto-perceptions plus élevées, plus de bonheur et de sentiments affectifs positifs chez les âgés non institutionnalisés que chez les âgés institutionnalisés. Nous avons vérifié, de plus, que les personnes âgées mariées présentaient une auto-estime physique, bonheur et sentiments affectifs positifs supérieurs par rapport aux personnes âgées célibataires, divorcées et veuves. Relativement à l'activité physique on a observé des différences statistiquement significatives en relation auto-perceptions physiques, à l'exception de la fonction physique, entre les personnes âgées pratiquantes et non pratiquantes. En somme, les personnes âgées qui pratiquaient une activité physique présentaient des auto-perceptions plus positives. Nous avons constaté aussi, qu'elles étaient plus heureuses et présentaient des sentiments affectifs positifs supérieurs.

Pour conclure, on a identifié des corrélations positives significatives entre certains des éléments étudiés.

Mots clé: ACTIVITÉ PHYSIQUE, AUTO PERCEPTIONS PHYSIQUES, BONHEUR, SENTIMENTS AFFECTIFS, PERSONNES ÂGÉES.

1. INTRODUÇÃO

A busca pelo sentimento de bem-estar é hoje, mais do que nunca, unanimemente aceite como um objectivo e um desejo comum do Homem.

Mesmo considerando que o Homem forma diferentes sociedades e que numa mesma sociedade deparamos com uma multiplicidade de formas de Ser feliz, a felicidade, a satisfação e a qualidade de vida é algo que implicitamente todo o Homem procura.

A procura de uma identidade, do conhecimento de si próprio e a obtenção de um autoconceito elevado são também considerados aspectos que sempre preocuparam o Homem. A necessidade de saber quem é o seu próprio “eu”, de criar uma identidade e de conhecer as suas potencialidades e os seus limites para viver bem consigo e com os outros, é uma característica que lhe é inerente.

Estas problemáticas têm sido abordadas ao longo dos tempos, contudo, as dúvidas persistem, razão pela qual importa que, mais uma vez, se estude este assunto, aplicando-o agora a uma área tão actual que é a da terceira idade.

A verdade é que pouco sabemos acerca do modo como as pessoas mais velhas vivem, como se sentem e vêem, pelo que é premente ouvir o que os mais velhos nos têm para dizer acerca das suas próprias percepções.

E, sendo o envelhecimento um dos fenómenos que mais se evidencia nas sociedades actuais (Carvalho, 1999), torna-se “urgente” conhecer melhor esta realidade.

Segundo Nazareth (1999), surgiu um novo fenómeno nas sociedades desenvolvidas, sobretudo a partir da segunda metade do século XX, que se reflecte no desequilíbrio entre as diferentes idades e gerações chamando-se a este fenómeno o «envelhecimento demográfico». E, é este desequilíbrio entre gerações (as gerações mais novas em declínio e as mais velhas em aumento) que caracteriza a maior parte dos países europeus.

Em Portugal, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), no ano 2000, as percentagens de jovens e idosos apresentavam valores bastantes semelhantes (16,0% e 16,4%, respectivamente).

Segundo as Projecções de População Residente em Portugal, elaboradas pelo mesmo instituto, a população de idosos mantém a tendência de

crescimento, atingindo em 2050 cerca de 32% no cenário base (o dobro dos 16% registados em 2000), e a população de jovens apresenta uma tendência de decréscimo, atingindo os 13% em 2050. Ou seja, a percentagem de idosos mantém-se superior à de jovens, facto que explica o aumento do Índice de Envelhecimento (IE).

Assim, verificar-se-á um envelhecimento continuado da população, consequência do previsível aumento da esperança de vida bem como da manutenção dos níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações.

Sendo a idade mais do que uma variável cronológica, esta modificação da estrutura etária vai naturalmente reflectir-se sobre múltiplos domínios da sociedade. De acordo com Marques (1999), estas alterações demográficas invocam a necessidade de diversos reajustamentos nas estruturas sociais e no modo de vida das populações. Rosa (1996) alerta para o agravamento das situações de exclusão social e para a eventualidade de um combate de interesses entre gerações de consequências sociais dramáticas, caso não se enverede por formas alternativas de organização social.

Surgem, assim, preocupações que se reflectem tanto do ponto de vista social como individual (Mota, 1999), com o objectivo comum de que os idosos vivam em qualidade, integrados na sociedade e na família, com garantias de meios de subsistência e apoios necessários.

De acordo com Paúl (1996), a questão central da problemática do *ser idoso* refere-se à qualidade de vida de quem envelhece, seja do ponto de vista objectivo quantificável, em termos de capacidade económica para manter uma vida condigna, seja do ponto de vista subjectivo, do sentimento de bem-estar.

A noção de bem-estar subjectivo tem sido, nas últimas décadas, objecto de investigações, verificando-se um crescimento neste campo de pesquisas (Diener e colaboradores, 1999) que, segundo Paúl (1996), juntamente com conceitos de felicidade e satisfação de vida, são aspectos importantes de estudo quando se pretende compreender o processo psicossocial do envelhecimento.

Segundo Fox (1997), o autoconceito físico surge também como um contributo para a saúde mental e bem-estar, ou seja, as percepções que um indivíduo possui das suas capacidades físicas e do seu corpo parecem ser indicadores importantes de reavaliação de atitudes e comportamentos em relação a si próprio (Shavelson e colaboradores, 1976).

De acordo com Carapeta e colaboradores (2001), no caso particular das actividades desportivo-motoras, a percepção que os indivíduos possuem é entendida como um indicador fundamental para a reavaliação das suas atitudes e comportamentos face a estas actividades.

A prática de exercício ou actividade física é uma tendência cada vez mais acentuada na actualidade, com o intuito de alcançar o bem-estar físico e psicológico e/ou uma melhor qualidade de vida (Carapeta e colaboradores, 2001), por isso, procuramos fundamentar os objectivos deste estudo nessa área. O reconhecimento dos possíveis efeitos positivos provenientes da prática regular da actividade física nos aspectos físicos, psicológicos e sociais é um facto cada vez mais evidenciado na população idosa (Duarte, 1999). Estudos realizados no âmbito desportivo concluíram que a prática regular de exercício na terceira idade “parece estar associada a importantes benefícios psicológicos” (Cruz e colaboradores, 1996, p. 107), contribuindo para a promoção e melhoria do auto-conceito, felicidade e qualidade de vida em geral.

Neste sentido, o presente estudo pretende, à luz da problemática do envelhecimento, compreender e analisar o bem-estar subjectivo na sua componente afectiva e as autopercepções físicas de adultos idosos, recorrendo a uma abordagem acerca da relação da prática de actividade física nesses constructos.

Para isso, iremos direccionar o nosso estudo para os seguintes objectivos:

1. Estudar o bem-estar subjectivo na sua componente afectiva (felicidade e afectos) e as autopercepções físicas dos idosos em função do sexo, escalão etário, local de habitação (institucionalizado vs não institucionalizado) e estado civil;

2. Estudar a relação entre a prática de actividade física, o bem-estar subjectivo e as autopercepções físicas dos idosos;
3. Verificar as relações existentes entre o bem-estar subjectivo (felicidade e afectos), as escalas das autopercepções físicas e entre estes dois constructos.

No sentido de dar resposta aos objectivos previamente formulados, desenvolvemos, numa primeira fase, a **revisão da literatura** sobre as questões relativas ao bem-estar subjectivo (ver ponto 2.1), autoconceito (ver ponto 2.2) e actividade física (ver ponto 2.3).

Após a revisão da literatura, foi definida a **metodologia** utilizada, através da caracterização da amostra (ver ponto 3.1), descrição dos instrumentos de avaliação (ver ponto 3.2), procedimentos de aplicação (ver ponto 3.3) e procedimentos estatísticos (ver ponto 3.4).

Posteriormente, à luz dos objectivos definidos, procedemos à **apresentação dos resultados** obtidos (ver ponto 4.).

Prosseguimos com a **discussão** e interpretação dos resultados (ver ponto 5.), e, numa última fase, fazemos uma reflexão sobre o trabalho realizado, retirando algumas **conclusões** e salientando os seus aspectos mais inovadores e algumas sugestões (ver ponto 6.). Finalmente, apresentamos as **referências bibliográficas** (ver ponto 7.).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 BEM-ESTAR SUBJECTIVO

2.1.1 O bem-estar subjectivo numa perspectiva de ciclo de vida

O aumento das expectativas de longevidade é um facto por todos reconhecido e facilmente demonstrável (Ferreira, 1999). Com a criação de condições para o aumento da esperança média de vida, “a nossa sociedade caminha a passos largos para o envelhecimento das suas populações, sem que se consiga ver qualquer capacidade de inverter a dinâmica deste processo” (Garcia, 1999a, p. 75).

Segundo Bento (1999), esta é uma das várias tendências de evolução da estrutura social que se vem acentuando nos últimos anos e é merecedora de reflexão, ou seja, o aparecimento de novos perfis demográficos e o consequente envelhecimento da população é um fenómeno que deve ser estudado.

Este fenómeno é relativamente novo e a tentativa de adaptação não é fácil para uma sociedade, como salienta Garcia (1999b, p.120), “orientada por valores juvenis, onde a velocidade de mudança, e consequentemente a capacidade de adaptação a essas transformações, são o princípio estruturante da nossa forma de viver”.

Vivemos, como assinala Giddens (2001), num mundo de transformações que afectam quase tudo o que fazemos. Relativamente à sociedade portuguesa, essas transformações também se verificam, quer pela acentuação para a individualização e para a grande heterogeneidade de grupos sociais, de sentidos e estilos de vida, de referências educativas e culturais, de interesses e necessidades, quer pelas mudanças de atitude face aos valores, com subida da importância atribuída aos de pendor hedonista (Bento, 1998).

Aliada a essas transformações, esta sociedade não prevê lugar para o idoso. Ou seja, socialmente o idoso é um inútil e um peso morto a evitar.

Ele não produz, ele depaupera o erário público e familiar, ele restringe a liberdade e o bem-estar de quem busca febrilmente o prazer (Ferreira, 1999),

assumindo-se hoje, o *ser idoso*, como um quase insulto e um valor negativo e pejorativo (Garcia, 1999a).

O idoso deixou de representar a autêntica memória viva da cultura (Garcia, 1999b), ou seja, a transmissão do saber deixou de ser feita oralmente de geração em geração, o que conferia aos velhos o privilégio de serem “orientadores” de uma sociedade, pela sabedoria acumulada ao longo da vida.

Consequentemente, surgem a partir do sec. XIX novas instituições, a par do conceito de terceira idade criadas idealmente para reincorporar os velhos na sociedade – desde os asilos e hospitais até às universidades da terceira idade (Lima e Viegas, 1988).

Segundo Paúl (1996, p.30), actualmente, “toda a problemática do envelhecimento passa pela opção de segregar os idosos para ambientes protegidos, mais ou menos institucionais, ou criar as possibilidades para que eles possam envelhecer nas suas próprias casas e ambientes residenciais”.

Por isso, considerou relevante investigar o processo que liga o idoso ao seu lar, os problemas da manutenção do idoso na comunidade, o processo de separação que se verifica quando o idoso é institucionalizado, bem como a adaptação a um novo ambiente, a que chamamos “lar”.

Segundo Paúl (1996), a situação em que o idoso envelhece na própria casa deveria ser privilegiada, visto que a manutenção do idoso na sua casa e na sua comunidade pode efectivamente trazer-lhe alguns benefícios, pois, para além de se ocuparem com as tarefas domésticas e consequentemente permanecem activos durante mais tempo, mantêm igualmente um maior conjunto de relações sociais. Além disso, as pessoas também estão ligadas às suas casas por laços afectivos (Paúl, 1996), assumindo estas um significado psicológico único e sendo-lhes atribuído um valor simbólico, por associação a memórias do passado. No caso do idoso, cuja história de vida está, a maior parte das vezes, associada ao local onde residiu, este espaço reveste-se de uma importância fundamental, pois a ele estão inerentes um conjunto de sentimentos que fazem com que o idoso esteja emocionalmente vinculado àquele lugar. Ou seja, uma componente afectiva contribui para que o permanecer em suas casas seja uma

das soluções possíveis para os idosos de hoje, prevalecendo sobre a institucionalização.

Contudo, é importante referir que a institucionalização pode igualmente ser a solução para alguns problemas que afectam esta população. Segundo Paúl (1996) a solução institucional seria reservada para grandes dependentes e situações problemáticas de ausência de integração social. Na realidade, a institucionalização ocorre geralmente na sequência de incapacidade funcional, combinada com a insuficiente rede de apoios sociais. Nestes casos, esta situação pode ser uma vantagem para os idosos, visto aumentar o contacto social e favorecer o apoio constante.

No entanto, existe, ainda, a situação de que nem sempre a ida para a instituição é uma condição opcional para o idoso, passando, na grande maioria das vezes, por ser uma condição obrigatória. Nestes casos, o processo de separação quando o idoso é institucionalizado, bem como a adaptação a um novo ambiente, implica um processo de apropriação, ligação e identidade, relativamente longo, e quantas vezes penoso. Perante esta situação o idoso tem de redefinir aquilo que é, uma vez que esta transição implica a passagem de ser autónomo e livre, residente na comunidade, para um ser que tem de adaptar-se a regras e a abdicar dos seus objectivos pessoais, residente numa instituição.

Segundo Paúl (1997, p.38), os idosos em ambientes institucionais vivenciam inúmeras perdas, deprimem-se e ficam desanimados. Acrescenta ainda que “desenvolvem fracas expectativas de auto-eficácia, quer devido às suas condições reais de saúde, quer ao estereótipo o idoso como um indivíduo de baixas capacidades, quer a toda uma série de outros factores ambientais da própria instituição e respectivo pessoal, que reforçam a sua imagem de incapacidade e incompetência, quer ainda as expectativas de resultados, uma vez que o meio é em geral, no mínimo pouco receptivo à mudança, e à actividade por parte do idoso”.

No sentido de conhecer melhor esta problemática iremos investigar, no presente estudo, as diferenças entre idosos institucionalizados e idosos não

institucionalizados, no que concerne à felicidade, afectos e às autopercepções físicas.

Contudo, acrescido ao problema que tem a ver com a institucionalização do idoso, coloca-se também o problema relativo às respostas que a sociedade deveria implementar para melhorar a sua qualidade de vida. Consideramos que a sociedade não tem sido capaz de criar condições ideais para o desenvolvimento do bem-estar na velhice e que, como evoca Paúl (1992), o aumento do tempo de vida nem sempre é acompanhado por um aumento da qualidade de vida e um conseqüente envelhecimento bem sucedido.

Quando se coloca a questão da velhice bem ou mal sucedida estamos a definir padrões de adaptação do idoso às suas actuais capacidades de funcionamento, no seu contexto de vida, implicando com isso quer critérios externos, sociais, relativos ao que se espera do idoso em cada cultura, quer critérios internos, numa perspectiva individual, o sentir e a vontade subjectiva (Paúl, 1996). De acordo com a mesma autora, o envelhecimento bem sucedido relaciona-se com um mais elevado nível de funcionamento nos domínios físico, psicológico e social, implícitos numa boa adaptação.

O envelhecimento é um período de vida caracterizado por múltiplas perdas que ocorrem simultaneamente durante um curto período de tempo e a capacidade de confrontar com eficácia estas alterações inerentes à velhice vai determinar o sucesso neste período de vida.

Ainda acerca do envelhecimento, Spirduso (1995) refere que o envelhecimento humano nas suas múltiplas vertentes pode ser categorizado a partir do seu carácter cronológico. Segundo a mesma autora, esta não passa de uma forma simplista de descrever o envelhecimento, definindo a idade física como as unidades de tempo medidas desde o nascimento até ao momento actual.

No entanto, se encararmos este fenómeno de uma forma mais abrangente concluímos que a dimensão física e o significado do tempo dependem totalmente dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais que lhe são inerentes. Paúl (1997) sustenta esta perspectiva ao considerar três tipos de idades: a idade biológica, a idade psicológica e a idade social, afirmando que

todas elas podem ser maiores ou menores que a idade cronológica dos sujeitos.

Como podemos verificar a definição de idade não é assim tão linear, existindo várias classificações que definem os limites de idade dos grupos etários que sustentam a descrição do envelhecimento, cada qual baseada em diferentes aspectos.

No nosso estudo iremos utilizar a classificação proposta pela World Health Organization (1998) que recorre a uma divisão em sete etapas distintas de quinze anos cada, designando os idosos jovens (65 aos 75 anos), os idosos (76 aos 90 anos) e os muito idosos (mais de 90 anos), existindo entre estes diferenças, no que se refere ao processo de envelhecimento.

Retomando o tema do envelhecimento bem sucedido, Paúl (1996) considera ainda que a história de vida pode ser alterada em função das transacções entre o indivíduo e o meio ambiente e modifica-se de forma a ficar mais congruente com os acontecimentos do passado. Como salienta Carminhato (2001), somos hoje o que plantamos no passado, mas o ser humano tem a enorme habilidade de mudar e adaptar-se a uma nova forma de viver.

A construção do curso de vida é, como afirma Paúl (1996), central ao problema da adaptação na vida adulta e no período da velhice. A noção de adaptação está intimamente ligada, por um lado, à noção de *stress* e, por outro, à de mecanismos de confronto e à noção de bem-estar, tendo como resultado a preservação da saúde física e do bem-estar psicológico dos indivíduos. Vamos focar a nossa atenção na noção de bem-estar com base no modelo de adaptação do bem-estar subjectivo.

Paúl (1996) começa por considerar que a adaptação se reflecte na satisfação que surge da avaliação individual dos recursos pessoais e sociais.

Essa avaliação subjectiva do «Eu» e do ambiente inclui, quer elementos afectivos, quer cognitivos, centrando a sua atenção na qualidade de vida percebida e refere-se, principalmente, à avaliação contínua das experiências de vida.

Salienta ainda que, neste modelo, integram-se duas linhas de investigação.

Uma das linhas de investigação é relativa à previsão do bem-estar a partir de variáveis independentes, como o estatuto social, o rendimento, os níveis de actividade, a personalidade e o seu efeito mediador, entre outras. A outra é relativa às percepções individuais das situações de vida, como determinantes do bem-estar, ou seja em que a subjectividade é o preditor mais importante desse bem-estar.

De acordo com o modelo de Spirduso (1995), são quatro os factores que afectam a qualidade de vida (conforme Figura 1).

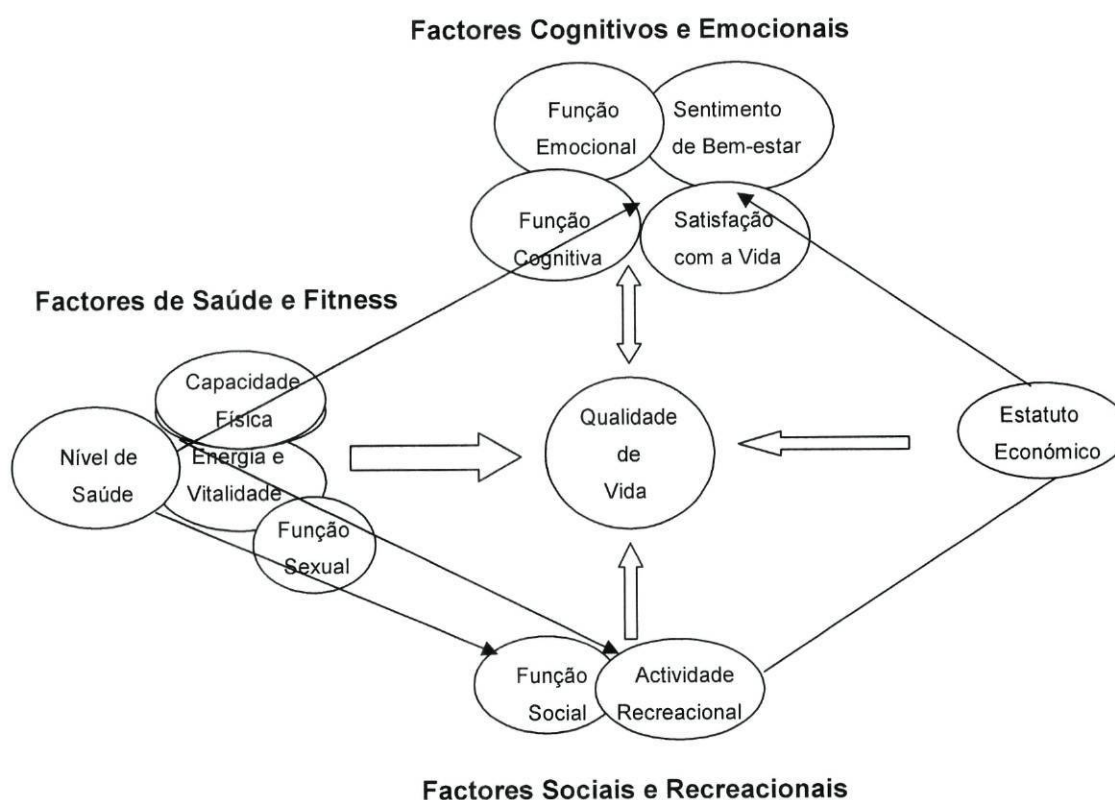


Figura 1 – Factores que afectam a qualidade de vida (adaptado de Spirduso, 1995)

Com base no modelo de Spirduso (1995), podemos verificar, citando Mota (2000), que “a maior característica do conceito de qualidade de vida é a sua natureza multidimensional”, cuja conceptualização é usualmente definida por um conjunto de dimensões tais como: bem-estar emocional; socialização e outras actividades (satisfação com a vida e percepções de saúde).

Neste sentido, podemos salientar que os sentimentos de bem-estar constituem um importante factor de influência na qualidade de vida dos idosos.

É precisamente esta linha de abordagem que vamos desenvolver ao longo deste capítulo: acerca do bem-estar subjectivo, da sua componente afectiva, da avaliação e das considerações e estudos realizados até ao momento.

2.1.2 Bem-estar subjectivo – Definição

Verificamos que nas últimas décadas, numa perspectiva mais positiva acerca da terceira idade, o bem-estar tem sido alvo de considerável atenção por parte dos investigadores.

Apesar de a maior parte da problemática da terceira idade, numa dimensão psicológica, ter sido estudada em relação aos estados negativos (Diener e colaboradores, 1999), a tendência actual é contrária. Como afirma Paúl e Fonseca (1999), cada vez mais se enchem prateleiras de livros que mostram o caminho para atingir o sucesso a todos os níveis e incrementar a felicidade e qualidade de vida nos idosos”, através de “receitas” de “como viver bem até aos 90 anos”, “como manter-se jovem”, entre outros.

O conceito de bem-estar, que no contexto da investigação psicológica é utilizado como “bem-estar psicológico” ou “bem-estar subjectivo” (Ryff, 1989), é ao longo deste estudo abordado como bem-estar subjectivo. Tal como afirma Diener (1984), a natureza eminentemente subjectiva do bem-estar psicológico, justifica que essa expressão seja substituída por bem-estar subjectivo. Quando se fala de bem-estar individual, geralmente este é subjectivo, inerente a cada indivíduo.

Apesar de haver, ainda, possibilidade de falarmos de diferentes tipos de bem-estar, como bem-estar físico, económico, ou por exemplo social, parece-nos mais real que o bem-estar, visto em termos gerais, seja mais resultado de uma percepção pessoal, subjectiva, com critérios individuais na pesagem diferenciada de diferentes domínios que podem interferir na(s) sensação(ões) de bem-estar.

Segundo Stathi e colaboradores (2002), o bem-estar subjectivo refere-se a um fenómeno global de expressão do indivíduo acerca da qualidade da sua existência.

O bem-estar subjectivo foi definido como um vasto conceito que compreende um indeterminado leque de dimensões, tal como satisfação com a vida, afecto positivo, felicidade, relações sociais satisfatórias, autonomia e desenvolvimento pessoal (Kunzmann e colaboradores, 2000).

O bem-estar subjectivo é visto como uma área global do interesse científico e não como um constructo específico simples (Diener e colaboradores, 1999), que se focaliza nos próprios julgamentos da pessoa e não em critérios que o investigador considera interessantes (Diener, 1984).

Nas últimas três décadas verificou-se um crescimento no campo do bem-estar subjectivo que, segundo Diener (1999) reflecte as tendências sociais actuais relativamente aos valores do indivíduo, à importância das visões subjectivas na avaliação da própria vida e ao reconhecimento de que o bem-estar inclui necessariamente elementos positivos que transcendem valores, como o da prosperidade económica.

O ponto de partida acerca do bem-estar subjectivo surgiu com Warner Wilson em 1967, com a apresentação de uma vasta revisão acerca do tema que se intitulava "Correlates of Avowed Happiness". Do desenvolvimento desse estudo Wilson concluiu que as pessoas felizes são jovens, saudáveis, bem-educadas, bem remuneradas, extrovertidas, optimistas, sem preocupações, religiosas, casadas, com elevada auto-estima, ânimo profissional, aspirações modestas, de ambos os sexos e com alguma inteligência.

Contudo, com a evolução das investigações, Diener e colaboradores (1999) abordam teorias actuais do bem-estar subjectivo que focam a atenção nas influências, adaptação, objectivos e estratégias de coping, ou seja, no entendimento acerca do processo e das causas que conduzem à felicidade.

Verifica-se, pois, que as pesquisas realizadas nos últimos anos, contribuíram para a compreensão de que os factores externos são apenas responsáveis por uma pequena parte da variância do bem-estar subjectivo. Ou seja, os indicadores sociais isolados, segundo Diener e Suh (1997), não

definem qualidade de vida, uma vez que as pessoas reagem de forma diferente às mesmas circunstâncias fazendo avaliações baseadas nas suas expectativas e valores.

Estas teorias têm sido desenvolvidas para explicar como é que os factores internos da pessoa influenciam e medeiam o impacto do ambiente no próprio bem-estar subjectivo. Isto é, em que medida o nosso temperamento e conhecimentos, os nossos objectivos e esforços de coping e a nossa cultura moderam a influência das circunstâncias e acontecimentos da vida no bem-estar subjectivo.

Após esta breve abordagem ao bem-estar subjectivo podemos verificar que não é uma entidade unidimensional (Lawrence e Liang, 1988), mas sim uma estrutura complexa e multidimensional (Ryff e Keyes, 1995).

De acordo com Diener (2000), o bem-estar subjectivo refere-se às avaliações que as pessoas fazem da própria vida - avaliações cognitivas e afectivas, que determinam as componentes do bem-estar subjectivo.

2.1.3 Componentes cognitiva e afectiva do bem-estar subjectivo

Diener e colaboradores (1999) salientam que bem-estar subjectivo não é uma unidade simples, pois possui múltiplas facetas, que incluem respostas emocionais, julgamentos globais da satisfação com a vida, descrição de humor momentâneo, entre outros.

Após investigações desenvolvidas neste âmbito foi demonstrada essa multidimensionalidade através da identificação de dois amplos aspectos do bem-estar subjectivo: uma componente afectiva, que posteriormente é dividida em afectos positivos e negativos e, uma componente cognitiva, relativa à satisfação com a vida (Diener e Emmons, 1984).

Segundo Neto (1999b), o bem-estar subjectivo poderá ser estruturado de tal forma que as suas componentes formariam um factor global de variáveis interrelacionadas. Este factor global resulta assim de duas perspectivas que se

completam, sendo a satisfação com a vida a vertente cognitiva e os afectos/emoções (felicidade) a vertente afectiva do bem estar.

Parafraseando Simões (1992) acerca desta temática, o bem-estar subjectivo abrange uma componente cognitivo-avaliativa e uma componente afectiva. A primeira traduz-se na percepção e no conseqüente juízo de valor emitido pelo indivíduo, relacionando-se com a qualidade da própria vida. A segunda componente diz respeito ao complexo de sentimentos e emoções (satisfação / insatisfação, felicidade / infelicidade), que acompanham tal apreensão e apreciação subjectivas.

Diener e colaboradores (1999) apresentaram as componentes referidas de forma mais específica, como podemos verificar a seguir (conforme Quadro 1).

Quadro 1. Componentes do bem-estar subjectivo (adaptado de Diener e colaboradores, 1999)

AFECTOS AGRADÁVEIS	AFECTOS DESAGRADÁVEIS	SATISFAÇÃO COM A VIDA	DOMÍNIO DAS SATISFAÇÕES
Divertimento	Culpa e Vergonha	Desejo da mudar a vida	Trabalho
Entusiasmo	Tristeza	Satisfação com a vida presente	Família
Contentamento	Ansiedade e Preocupação	Satisfação com o passado	Lazer
Orgulho	Irritação	Satisfação com o futuro	Saúde
Afeição	Stress	Significado de outras versões sobre a própria vida	Finanças
Felicidade	Depressão		Ego
Êxtase	Inveja		Próprio/Grupo

Estas componentes, afectiva e cognitiva, não são completamente independentes, contudo, são como diferentes e podem fornecer informações complementares quando avaliadas separadamente. Lucas e colaboradores (1996) mostraram que os afectos (positivo e negativo) e a satisfação com a vida eram constructos separados e independentes.

No presente trabalho vamos focar a nossa atenção na componente afectiva do bem-estar subjectivo (Felicidade e Afectos).

2.1.3.1 Felicidade

Desde os tempos mais remotos que o tema da felicidade é abordado por filósofos e moralistas, como sendo a última meta das aspirações humanas (Ferreira e Simões, 1999). Pascal (1959, cit. Ferreira e Simões, 1999, p.112), nos seus pensamentos, afirma: "Todos os homens procuram ser felizes: sem excepção; por diferentes meios que empreguem, tendem todos para esse fim".

Na realidade, as investigações acerca dos objectivos de vida confirmam que alcançar a felicidade é um desejo comum do Homem (King e Napa, 1998).

Richards (1966, cit. King e Napa, 1998) concluiu que encontrar a felicidade era um objectivo comum entre estudantes colegiais.

Num estudo desenvolvido por King e Broyles (1997), ser feliz foi considerado o desejo "top three" entre os participantes.

Face a estas conclusões podemos afirmar claramente que as pessoas querem ser felizes.

Stull (1987, cit. Paúl, 1992) definiu felicidade como o humor transitório que reflecte o afecto que as pessoas sentem relativamente ao estado actual das coisas, ou seja, em que medida os sentimentos positivos contrabalançam os negativos.

Segundo Spirduso (1995), a felicidade pode ser definida como a razão do afecto positivo e negativo do indivíduo nas experiências do dia-a-dia.

Estudos iniciais assumiam que as variáveis socio-demográficas e de estrutura social explicavam as diferenças individuais de felicidade, no entanto, trabalhos recentes põem em dúvida esta perspectiva primitiva.

De acordo com Mroczek e Kolarz (1998), a influência sócio-demográfica explica apenas uma pequena parte das diferenças individuais de felicidade.

Diener e Myers (1995) concluíram igualmente que conhecer o sexo, a idade, a raça e o ordenado da pessoa apenas fornece uma pequena indicação acerca da sua felicidade.

Contudo, Mroczek e Kolarz (1998) referem a necessidade de clarificar a relação entre a idade e a felicidade. Resultados de recentes estudos

documentaram que as pessoas mais velhas aparentemente não são mais infelizes que os jovens e as pessoas de meia-idade.

Ryff (1989) concluiu que os jovens eram menos felizes do que as pessoas de meia idade e os idosos. Verificou ainda que, entre as pessoas de meia idade e os idosos não havia diferenças.

Inglehart (1990, cit. Diener e colaboradores, 1999) desenvolveu um estudo envolvendo 169.776 pessoas de 16 países avaliando a felicidade através de um único item, bem conhecido e geralmente considerado indicador da componente afectiva do bem-estar. Esse item consistia em questionar as pessoas acerca de como se sentiam actualmente: “muito felizes”, “felizes” ou “pouco felizes”. A percentagem de pessoas que responderem sentirem-se “muito felizes” foi relativamente constante no intervalo de idades estudado. Embora este fosse um resultado geral dos 16 países, os resultados específicos dentro de cada país variaram amplamente.

Estes resultados indicam que não existem efeitos da idade na felicidade, pelo menos quando é medido tendo em consideração um único item.

A felicidade é um tema que tem sido estudado ao longo dos tempos e, segundo Costa e McRae (1980), as investigações nesta área têm vindo a usar uma variedade de medidas que são indicadoras de alguma informação acerca da natureza e diversidade das concepções do bem-estar subjectivo.

2.1.3.2 Afectos

Badburn (1968, cit Ryff e Keyes, 1995) distinguiu afecto positivo de afecto negativo e formulou uma definição de felicidade através do balanço entre estas duas componentes. Estas duas componentes foram consideradas como componentes emocionais do bem-estar subjectivo (Diener, 1984).

Badburn (1969) considerou ainda que afecto positivo e afecto negativo são independentes. Conclusões de um estudo realizado pelo mesmo autor indicaram que estes dois tipos de emoções apresentam níveis baixos de correlação e que demonstram diferentes modelos de relação com variáveis

externas. Ou seja, quanto à estrutura dos afectos, afecto positivo e afecto negativo, podemos considerá-los como duas dimensões dominantes e relativamente independentes.

Watson e colaboradores (1988) consideraram que o afecto positivo reflecte a extensão em que a pessoa se sente entusiasmada, activa e em alerta. Além disso, consideraram que o elevado afecto positivo é um estado de elevada energia, concentração total e de compromisso aprazível, ao passo que baixo afecto positivo é caracterizado pela tristeza e letargia.

Em contraste, afecto negativo é uma dimensão geral da ansiedade subjectiva e de compromisso desagradável, provocando uma variedade de estados de humor aversivos, incluindo irritação, desprezo, aborrecimento, culpa, medo e nervosismo. Em contrapartida, baixo afecto negativo origina um estado calmo e sereno (Watson e colaboradores, 1988).

Conclusões de Badburn (1969), também suportadas por Costa e McCrae (1980), referem que “extroversão” correlaciona-se com afecto positivo, no entanto, não se correlaciona com o afecto negativo. Acrescenta ainda que o “neuroticismo” correlaciona-se mais fortemente com o afecto negativo do que com o positivo.

Relativamente à relação entre idade e afectos, Mroczek e Kolarz (1998) consideraram que os resultados das investigações acerca do tema são vagos.

Contudo, estudos neste âmbito demonstraram um declínio na frequência de afectos positivos com o envelhecimento. Ferring e Filipp (1995) desenvolveram um estudo com idosos jovens e idosos mais velhos, e verificaram que esse declínio é mais notório no grupo de idosos mais velhos. Quanto aos afectos negativos, verificaram um aumento da sua frequência entre os idosos com mais idade.

Num outro estudo conduzido por Smith e Baltes (1993) os resultados indicaram, igualmente, um declínio da frequência de afectos positivos entre idosos. Relativamente aos afectos negativos, estes autores não encontraram diferenças com a idade.

Diener e colaboradores (1995), baseados numa escala de afecto positivo e negativo, concluíram que existem diferenças com a idade relativamente à

intensidade de afectos positivos, mas não relativamente à sua frequência. A amostra utilizada compreendia idades entre 16 e 68 anos, tendo sido concluído que existe uma menor intensidade de afecto nos grupos mais velhos.

Segundo Diener e Myers (1995), o frequente afecto positivo, infrequente afecto negativo e a global satisfação com a vida definem o alto bem-estar subjectivo.

2.1.4 Avaliação do bem-estar subjectivo

Como já foi referido, há um número separável de componentes do bem-estar subjectivo, nomeadamente satisfação com a vida (julgamento global da própria vida), satisfação em domínios importantes e significativos (como por exemplo a satisfação no trabalho), afecto positivo (experiências emocionais positivas, sentimentos de prazer, entusiasmo, humor), afecto negativo (ansiedade, stress, irritação) e felicidade.

Consequentemente, como afirma Diener (2000), as medidas recentes do bem-estar subjectivo contêm múltiplos itens. Acrescentado a essa multiplicidade está o facto de os valores do bem-estar subjectivo se poderem alterar dependendo do tipo das escalas utilizadas, da ordem dos itens, da construção temporal das questões, estado de humor no momento da medição e outros factores situacionais (Diener e colaboradores, 1999).

Na realidade, o número de escalas para avaliar as componentes cognitiva e afectiva do bem-estar subjectivo tem vindo a aumentar ao longo dos tempos, em parte porque se acentua a tendência para eliminar a importância dada na psicologia aos estados negativos.

Uma das primeiras formas de avaliar a felicidade consistia em perguntar aos sujeitos da amostra se “eram felizes”, “razoavelmente felizes” ou “não eram felizes”. Este método, desenvolvido por Gurin, Veroff e Feld (1960, cit. Costa e McCrae, 1980), era considerado de carácter intuitivo e fácil de compreender.

Campbell, Converse e Rodgers (1976, cit. Costa e McCrae, 1980) desenvolveram um método, com vista a diferenciar a satisfação com a vida, em

que os sujeitos avaliavam a satisfação própria em cada uma de dez áreas da sua vida – trabalho, família, casamento, entre outros.

Por outro lado, Contril (1965, cit. Costa e McCrae, 1980) usou uma escala em que os indivíduos definiam o que para eles próprios era uma “vida melhor” e uma “vida pior”. Posteriormente avaliavam a sua vida actual com base nessa mesma escala.

Uma diferente abordagem foi proposta por Badburn (1969), a qual consistia na avaliação dos sentimentos e afectos em detrimento da avaliação dos julgamentos cognitivos da própria vida. Para isso desenvolveu a escala “*Affect Balance Scale*” em que era feito um balanço entre os afectos positivos e os afectos negativos, determinando a felicidade.

Foram ainda desenvolvidas outras escalas de felicidade com o intuito de ajudar as pessoas a colocarem por ordem os seus sentimentos gerais, a respeito da própria felicidade ao longo de toda a vida, tais como as escalas: “*Ladde Scale*”, “*Mountain Scale*”, “*Faces Scale*”, entre outras (Spirduso, 1995). Nestas escalas os sujeitos indicavam o seu grau de felicidade ao colocarem a sua posição nos “degraus de uma escala” ou num “ponto de uma montanha”, ou ainda através da eleição de uma face, entre um conjunto de faces (desde a mais carrancuda à mais sorridente), que representasse a forma como realmente se sentiam.

Contudo, segundo Diener (1984) a validade e a confiança destas escalas sugerem que são adequadas apenas para uma medida muito breve do bem-estar geral. A mesma autora acrescenta que as escalas com um único item perdem informações acerca das múltiplas componentes do bem-estar subjectivo e não permitem uma visão diferenciada do mesmo.

No sentido de colmatar estes problemas, têm surgido recentemente várias medidas com múltiplos itens, em que as escalas do bem-estar utilizam várias questões para aceder aos sentimentos do bem-estar subjectivo das pessoas em relação a diferentes aspectos da sua vida (trabalho, ego, família), ou incluem questões que se relacionam com diferentes qualidades do bem-estar subjectivo (optimismo, auto-estima, auto-eficácia, alegria).

Segundo Ferreira e Simões (1999), um dos desenvolvimentos de mais interesse no domínio da medição do bem-estar subjectivo, é constituído pelas *Scales of Psychological Well-Being* (SPWB), da autoria de Ryff (1989).

A versão portuguesa destas escalas, Escalas do Bem-Estar Psicológico (EBEP) foi objecto de estudo no sentido de adaptá-las para a população portuguesa e, segundo Ferreira e Simões (1999), este é um instrumento vantajoso pois perspectiva o bem-estar subjectivo como um constructo multidimensional e positivo.

Contudo, embora a maioria dos instrumento para medir o bem-estar subjectivo sejam mais ou menos apropriados, Ryff e Ryffe Essex (1989, 1995; cit. Ferreira e Simões, 1999, p.112) apresentam os seguintes reparos críticos: “ausência de quadros de referência teóricos; negativismo implícito nas concepções propostas de bem-estar subjectivo; falta de perspectiva de desenvolvimento, ao longo da idade adulta e, em particular, na velhice; ausência de uma concepção relativista do bem-estar subjectivo, que o considere uma construção humana e, portanto, como histórica, social e culturalmente mutável”.

Como referem Costa e McCrae (1980), o campo de acção e os limites de avaliação no domínio do bem-estar subjectivo e da felicidade não se encontram completamente estabilizados.

No presente estudo utilizamos, como medidas de avaliação da componente afectiva do bem-estar subjectivo, a escala “*Positive and Negative Affect Scale*”, desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988), a qual mede o afecto positivo e negativo através de dez itens positivos e dez itens negativos, e a escala “*General Happiness Scale*”, desenvolvida por Lyubomirsky e Lepper (1999) que mede a felicidade geral através de quatro itens.

2.1.5 Estudos realizados: resultados e considerações

A gerontologia social também apresenta resultados de estudos acerca do processo de envelhecimento relacionados com conceitos do bem-estar subjectivo.

A velhice é um período da vida caracterizado por perdas a vários níveis, durante a qual acontecimentos negativos, tal como a morte do cônjuge ou de amigos, e o declínio da saúde ou função física começam a aumentar a prevalência. Dados estes riscos na saúde, perdas sociais, entre outros, a questão que se coloca é pertinente: É particularmente difícil manter o bem-estar no último período de vida? São os indivíduos idosos vulneráveis ao declínio do bem-estar subjectivo? (Kunzmann e colaboradores, 2000).

A definição multidimensional do bem-estar subjectivo concede diferentes questões acerca da estabilidade ou mudança e a sua relação com a idade.

De acordo com a revisão de Wilson (1967), a juventude era um considerável preditor de felicidade. Contudo, recentes revisões e estudos empíricos de grande escala alteraram estas conclusões, ao revelarem que a idade não está uniformemente associada ao declínio do bem-estar subjectivo.

Segundo Diener e colaboradores (1999), a satisfação com a vida não diminui com a idade, assim como não se verifica o aumento de afectos negativos. Quanto ao afecto positivo, alguns estudos concluíram que havia um declínio com o envelhecimento. Shmotkin (1990, cit. Diener e colaboradores 1999) considerou, com base num estudo dos afectos positivos e negativos, que havia um declínio da felicidade global e estado de humor com a idade. Okma e Veenhoven (1996, cit. Diener e colaboradores, 1999) concluíram igualmente que não se verificava uma diminuição de satisfação com a vida ao longo da vida, no entanto, em relação ao estado de humor verificavam-se alguns declínios.

Ryff (1989) encontrou algumas componentes do bem-estar subjectivo que mostravam uma relação positiva com a idade; por outro lado, noutros aspectos, verificavam-se associações negativas ou ausência de relação. De uma forma geral, quando o bem-estar subjectivo é definido de forma multidimensional, podemos observar quer ganhos quer perdas ao longo da vida. O mesmo autor chegou à conclusão de que os idosos não se sentiam infelizes com as suas vidas actuais e não se mostravam interessados em mudá-las. Contudo, a dúvida sobre se a vida melhora conforme se envelhece, ou se, simplesmente,

as pessoas se vão adaptando ao que não se consegue alterar, permanece em aberto.

Uma investigação levada a cabo por Kunzmann e colaboradores (2000), acerca da estabilidade do bem-estar subjectivo ao longo da idade adulta, demonstrou que permanece relativamente estável apesar das perdas ao nível da saúde, ou seja, concluiu que a idade não parece ser causa de declínio do bem-estar subjectivo.

Num estudo acerca da relação entre o controlo percebido sobre o desenvolvimento e o bem-estar subjectivo (Lang e Heckausen, 2001) ao longo da vida adulta, concluíram que existe uma associação forte entre ambos.

De facto, ter um sentido forte de controlo sobre o seu próprio desenvolvimento, tem sido insistentemente demonstrado por Lang e Heckausen (2001) como sendo um contributo para o aumento do bem-estar ao longo do ciclo de vida. Os idosos têm a expectativa de se sentirem melhor quando os seus recursos estáveis, tais como a personalidade percebida ou capacidades, estão em concordância com os desafios do dia-a-dia.

Concluiu-se que indivíduos são felizes e estão satisfeitos quando acreditam que são capazes de atingir com sucesso os objectivos e as tarefas de vida diária. Os idosos experimentam grande satisfação quando atribuem o sucesso às suas capacidades em atingir os objectivos desenvolvidos.

Um outro estudo, envolvendo várias variáveis acerca da relação entre estatuto sócio-económico, rede social, competências e bem-estar subjectivo nos idosos (Pinquart e Sorensen, 2000), concluiu que todos estes aspectos estavam positivamente associados ao bem-estar subjectivo. Os mesmos autores referiram que o aumento dos riscos de perdas ao nível da saúde e competência, das redes sociais e do salário sugerem que os idosos devem ter menores níveis de bem-estar subjectivo comparativamente aos jovens. No entanto, contrariamente às expectativas, a investigação revelou que o bem-estar subjectivo, apesar dessas perdas, não diminui com a idade.

No que se refere à relação entre o estado civil e o bem-estar subjectivo, já Wilson (1967) defendeu a relação positiva existente entre o casamento e o bem-estar. Diener e colaboradores (1999) referem que estudos de larga escala

revelaram que as pessoas casadas dizem ser mais felizes do que as pessoas que nunca casaram, que são divorciadas ou viúvas. Acrescentam que as correlações entre o bem-estar subjectivo e o casamento são significativas, mesmo quando outras variáveis, como a idade e o ordenado, são controladas.

Diener e colaboradores (1998, cit. Diener e colaboradores, 1999) verificaram que o casamento traz benefícios maiores para os homens do que para as mulheres no que se refere a emoções positivas, contudo, não encontraram diferenças entre homens e mulheres relativamente à satisfação com a vida.

Ainda nesta linha de investigação, Diener e colaboradores (1999) afirmam que muitos investigadores acreditam nos efeitos salutares do casamento, pelo seu papel de protecção contra dificuldades durante a vida, pelo suporte emocional e económico que desencadeia e pelo efeito gerador de estados positivos do bem-estar.

Segundo Neto (1999a, p.305), “toda uma plêiade de investigações foram consagradas à evolução da satisfação em viver ao longo da vida”. O mesmo autor refere as conclusões de uma das investigações mais amplas desenvolvidas neste âmbito (Cameron, 1975; cit. Neto, 1999), na qual estiveram envolvidas 6000 pessoas com idades compreendidas entre os 4 e 99 anos, que indicaram que os sentimentos de felicidade, tristeza e bem-estar subjectivo não se deterioram com a idade. Todavia, a variabilidade entre as pessoas parece aumentar com o envelhecimento.

Neto (1999b) refere que, de um modo geral, a maior parte dos estudos não mostram que as pessoas idosas estejam menos satisfeitas com as suas vidas relativamente a outras. No entanto, salienta que se deve ter presente o facto de existirem variações individuais no modo como as pessoas idosas obtêm a felicidade, assim como podem existir variações interculturais no modo como as pessoas obtêm a satisfação.

Citando Paúl (1992, p.30), o bem-estar dos idosos tem de facto a ver com atitudes, traços de personalidade, estados de humor e ainda mais com o ambiente em que os indivíduos se desenvolveram e vivem. Acrescenta, “só a

partir de uma análise transaccional a unidade ecológica pessoa/ambiente seremos capazes de compreender o bem-estar subjectivo dos idosos que envelhecem em diferentes cenários”.

2.2 AUTO-CONCEITO

2.2.1 Autoconceito e auto-estima – Definição

O estudo e o interesse no domínio do autoconceito tem sido crescente nos últimos tempos.

Desde a primeira teoria do auto-conceito desenvolvida por William James (1890-1963), o grande precursor no estudo do autoconceito, tem surgido uma vasta produção científica neste domínio. James foi um dos primeiros teóricos a debruçar-se sobre este aspecto, considerando o *self* global simultaneamente «Eu» (I) e «Mim» (Me). O «Eu» é o sujeito que conhece, que observa, enquanto o «Me» é o sujeito objecto, alvo das autopercepções. Assim o que cada pessoa sabe sobre si própria, seria resultado das características do «Eu» e do «Mim» (Peixoto e Mata, 1993). Um não poderia existir sem o outro, pois o *self* é simultaneamente «Eu» e «Mim».

Foi também considerado o pioneiro na apresentação de modelos estruturais e de investigação, atribuindo ao autoconceito um carácter multidimensional e uma organização hierárquica. Como afirma Serra (1986, p.57), “desde aquela época se admitiu que o autoconceito tem ligados a si aspectos cognitivos, afectivos e motores que o definem”. Ou seja, o autoconceito é a percepção que um indivíduo tem de si próprio nas mais variadas facetas, sejam elas de natureza social, emocional, física ou académica.

Shavelson e Bolus (1982) salientam que a formação destas percepções é determinada: (i) pela experiência com/e as interpretações do ambiente em que um indivíduo se situa; (ii) pelos reforços e avaliações das pessoas significativas do meio ambiente e (iii) pelas próprias atribuições que o indivíduo faz do seu comportamento.

Segundo os mesmos autores, citados por Serra (1986), existem sete circunstâncias críticas para definir o auto-conceito, podendo este ser descrito como organizado e estruturado, hierarquizado, estável, desenvolvimental, simultaneamente descritivo e avaliativo e diferenciável:

- Organizado e estruturado – o sujeito organiza e estrutura em categorias mais simples a grande quantidade de informação que tem a seu próprio respeito, relacionando essas categorias umas com as outras;
- Multifacetado – a informação que o sujeito tem a seu próprio respeito pode organizar-se em várias áreas específicas do conceito de si próprio, e as facetas que se constituem reflectem o sistema de categorias adoptado pelo próprio sujeito e/ou compartilhado por um grupo;
- Hierarquizado – parte de uma dimensão geral (autoconceito geral) para as experiências individuais do sujeito em situações particulares e específicas. As percepções e avaliações do comportamento nas situações específicas vão permitir inferências quanto ao conceito que o sujeito faz de si próprio e intervir no sentido da sua mudança, alterando o seu autoconceito global;
- Estável – a estabilidade à medida que se desce na organização hierárquica e se alcança o nível das situações específicas, tende a tornar-se menos precisa. A estabilidade maior encontra-se no topo da hierarquia.
- Desenvolvimental – à medida que o sujeito evolui, desde a infância até à idade adulta, o auto-conceito torna-se diferenciado, multifacetado e estruturado;
- Avaliativo – possui ao mesmo tempo uma dimensão descritiva (o sujeito desenvolve descrições de si próprio) e uma dimensão avaliativa (o sujeito desenvolve avaliações de si próprio);
- Diferenciável – diferencia-se de outros constructos.

Desde o interesse pelo estudo do auto-conceito, que surge com William James, somos confrontados com uma diversidade de definições que procuram a delimitação conceptual deste constructo. Apesar deste assunto permanecer pouco claro, opinião partilhada por vários autores, e da dificuldade sentida em obter um conceito unificador, apresentamos algumas definições atribuídas ao auto-conceito ao longo dos tempos.

Paraphraseando Gecas (1982), o autoconceito define-se como o conceito que o indivíduo faz de si próprio como um ser físico, social, espiritual ou moral.

Byrne (1984) considera o autoconceito como a percepção de nós próprios, envolvendo as nossas atitudes, sensações e conhecimentos sobre as nossas habilidades, capacidades, aparência e aceitação pessoal próprias. Salienta ainda que o autoconceito é um constructo importante para a compreensão e interpretação de outros constructos psicológicos, uma vez que interfere nas diferentes formas de manifestação dos conteúdos e processos psicológicos dos sujeitos, sejam eles académicos, sociais ou desportivos.

Harter (1985) designa o conceito de si próprio como simultaneamente um constructo multidimensional, ao aceitar como indicador deste os juízos de auto-avaliação em várias áreas de existência, e como constructo global, ao enfatizar a importância da auto-estima global, enquanto dimensão independente.

Serra (1986) salienta que o autoconceito é um constructo integrador que leva a reconhecer a unidade, a identidade pessoal e a coerência do comportamento de um indivíduo independentemente das influências do meio ambiente. Ainda neste sentido Serra (1986) acrescenta que a formação do autoconceito indica a capacidade que o ser humano tem de se construir como *objecto* da própria observação e abstrair dos seus comportamentos específicos de todos os dias e igualmente dos comportamentos dos outros em relação a si.

Não sendo mais do que um constructo hipotético, tal como muitos outros, é útil e necessário pois ajuda a compreender a uniformidade, a consistência e coerência do comportamento, a formação da identidade pessoal e porque razão se mantêm determinados padrões de conduta com o decorrer do tempo.

Desempenha por isso um papel integrador do sujeito (Serra, 1988).

O autoconceito é também entendido como um indicador do ajustamento emocional e como mediador do comportamento (Fox e Corbin, 1989).

Faria e Fontaine (1990) definem, em termos gerais, o autoconceito como a percepção que o sujeito tem de si próprio. Em termos específicos, é o conjunto de atitudes, sentimentos e conhecimentos acerca das capacidades, competências, aparência e aceitabilidade social próprias.

Para Spirduso (1995), o autoconceito é a consciência que temos sobre as percepções com nós próprios e afigura-se como tendo múltiplas dimensões. Ou seja, não é um constructo unidimensional. A consciência que as pessoas

possuem acerca delas próprias inclui aspectos sobre diversos domínios, como sejam o domínio intelectual, social, emocional e físico. A percepção do «Eu» sobre a dimensão intelectual envolve vários aspectos, como o reconhecimento das habilidades na matemática, na literatura, na resolução de problemas, etc. O conceito do «Eu» como entidade social, inclui o *status* social, a pertença ou não a grupos profissionais ou sociais, etc. As percepções das pessoas sobre o seu «Eu» emocional dizem respeito aos traços de personalidade, às preferências e às predisposições inatas, como o optimismo, a ansiedade, o humor, etc. Na dimensão física incluem-se as percepções sobre aparência física, habilidade física, a imagem corporal, etc.

De acordo com Diehl e colaboradores (2001), as recentes investigações conceptualizam o autoconceito como uma estrutura cognitiva contextualizada e dinâmica com importantes funções adaptativas e autoreguladoras.

Como podemos verificar, não é fácil estabelecer uma definição clara e universal do autoconceito (Faria e Fontaine, 1990). Verifica-se ainda a necessidade de delimitar o autoconceito relativamente a outros constructos, nomeadamente à auto-estima, que consideramos relevante abordar de seguida.

A distinção entre auto-estima e autoconceito é uma temática algo controversa. Vários autores deram a entender que não existem diferenças conceptuais ou empíricas que permitam estabelecer uma distinção entre os dois conceitos em análise, dado que o autoconceito é simultaneamente descritivo e avaliativo (Shepard, 1979). No entanto, outros autores continuam a defender que o autoconceito é um constructo mais global que engloba a auto-estima (Fleming e Courtney, 1984). Esta perspectiva tradicional é suportada por estudos interculturais que referem que o autoconceito convencionalmente diz respeito aos aspectos descritivos do «Eu», e a auto-estima diz respeito aos aspectos avaliativos do «Eu».

Como salienta Gecas (1982), a auto-estima está ligada aos aspectos avaliativos e emocionais do auto-conceito.

William James (citado em Fox, 1997) definiu auto-estima como uma medida global do sucesso dos indivíduos. Ou seja, a auto-estima é o resultado da relação entre os objectivos pessoais concretizados e os objectivos pessoais pretendidos em diversos domínios, nomeadamente o domínio emocional, social ou material.

A auto-estima é o respeito e a apreciação que os indivíduos fazem acerca deles próprios, ou, o sentimento positivo que manifestam para com eles mesmos (Spirduso, 1995).

Segundo Serra (1986) a auto-estima é um dos constituintes mais importantes do auto-conceito. Serra (1995) define a auto-estima como a avaliação que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos, virtudes ou valor moral, resultantes da relação que estabelece entre os objectivos que formaliza e o êxito em os alcançar. Quando a avaliação vai de encontro aos objectivos traçados, o indivíduo adquire um sentimento de competência e um nível elevado de auto-estima. Quando se verifica o contrário, ficando os objectivos aquém daquilo que seria de esperar, o indivíduo tende a sentir-se incompetente e com uma baixa auto-estima.

Segundo Gergen (citado em Spirduso, 1995), a auto-estima é um constructo multidimensional, dado que inclui a visão que os indivíduos fazem deles mesmos em todas as dimensões das suas vidas, sejam elas psicológicas, sociais, fisiológicas ou físicas.

Serra (1995) salienta que a auto-estima é a parte afectiva do autoconceito, em que a pessoa faz julgamentos de si próprio e liga sentimentos de bom e de mau aos diferentes dados da sua própria identidade.

Ambos os conceitos, autoconceito e auto-estima, são componentes da autopercepção, referindo-se o autoconceito aos aspectos descritivos e a auto-estima aos aspectos avaliativos. Ou seja, o autoconceito são as percepções que temos acerca de nós mesmos em diversos domínios, sejam eles físicos, intelectuais ou sociais e auto-estima é determinada pelas avaliações que fazemos dessas percepções.

Se focarmos a nossa atenção no que se refere ao exercício e movimento físico, o autoconceito físico, assim como a auto-estima, surgem relacionados

com a consciência da nossa competência física, com a consciência corporal ou com a imagem que fazemos do nosso corpo, bem como com a aceitação pessoal e com a auto-eficácia (conforme Figura 2).

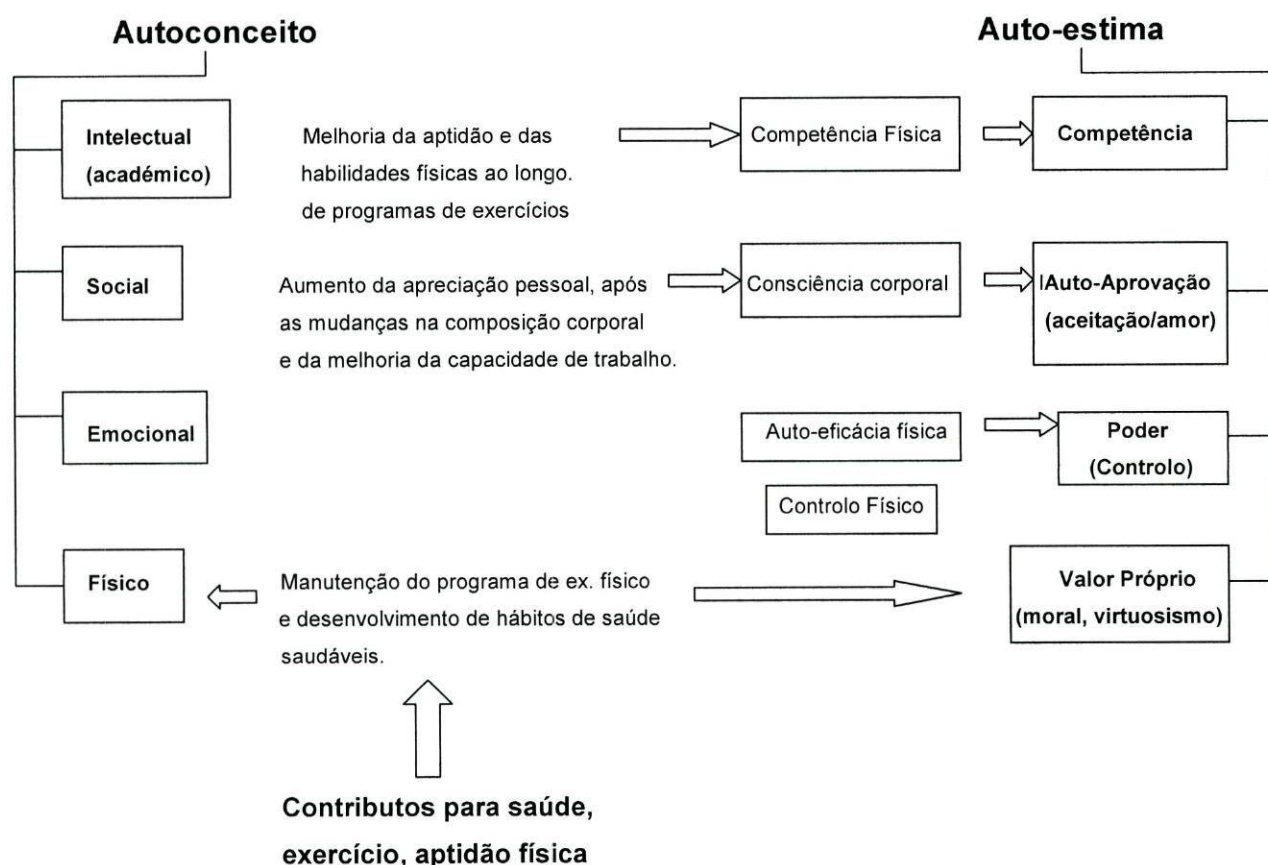


Figura 2 – Componentes do autoconceito e auto-estima e a sua relação com o exercício (adaptado de Spirduso, 1995)

Após esta abordagem consideramos importante, para o estudo em questão, explicitar e delimitar a dimensão do autoconceito físico.

2.2.2 Autoconceito físico

Parece consensual a existência de uma componente física no autoconceito global apresentando-se o “autoconceito físico como um indicador importante da valorização do ser humano, ao permitir que esse se exprima de forma positiva

nas mais variadas realizações e aspirações pessoais” (Faria e Silva, 2000, p.27).

Maia e colaboradores (1997) referem que o autoconceito físico poderá ser entendido como a percepção que qualquer indivíduo possui das suas capacidades físicas e do seu corpo.

Williams (1983) considera que a percepção individual do corpo é uma componente muito importante do autoconceito, apresentando três componentes principais do autoconceito físico (esquema corporal, conhecimento corporal e imagem corporal) e a relação entre elas (conforme Figura 3).

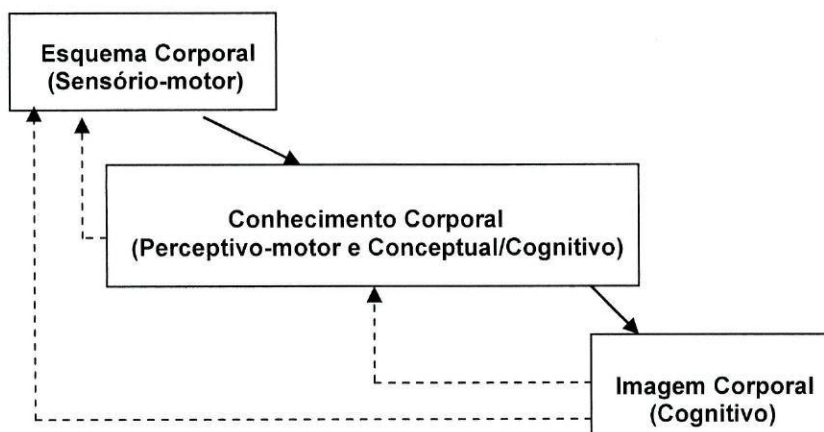


Figura 3 – Componentes do autoconceito físico (adaptado de Williams, 1983)

Contudo, segundo Marsh (1993) e Marsh e Redmayne (1994), o autoconceito físico está associado a componentes relativas à aptidão/competência física e aparência física. Na componente de aptidão/competência física estão incluídas características de resistência, equilíbrio, força, flexibilidade e velocidade e relativamente à componente de aparência física incluem-se características relativas à altura, porte, massa magra e massa gorda (conforme Figura 4).

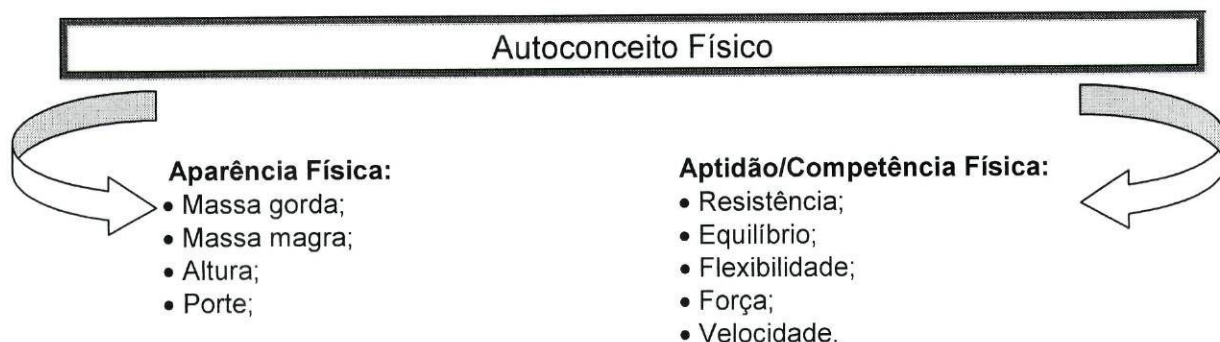


Figura 4 – Características das componentes do autoconceito físico (adaptado de Marsh e Redmayne, 1994)

São as inter-relações que se estabelecem entre os conceitos de aptidão física e aparência física, no qual tem lugar o conceito de imagem corporal, que constituem aquilo que designamos por autoconceito físico. Ou seja, o autoconceito físico pode ser definido como um conjunto de percepções e avaliações que o indivíduo pensa possuir na realização de tarefas motoras e, ainda, acerca da sua aparência física (Pierce e colaboradores, 1991).

Fox (1997) afirma que aquilo que sentimos sobre as nossas habilidades físicas, aparência e a sua importância para nós, determinam as nossas identidades físicas assumindo relevância quando examinamos assuntos pessoais significativos como o exercício, a participação desportiva, a performance, o controlo do peso corporal e as estratégias de autorepresentação.

2.2.3 Avaliação do autoconceito

A avaliação do autoconceito tem sido, a par das teorias e definições múltiplas acerca deste constructo, objecto de uma atenção especial por parte dos profissionais da psicologia, no sentido de alcançar um melhor entendimento desta variável psicológica.

Actualmente já existe um elevado número de instrumentos de avaliação do autoconceito, dos quais grande parte já foram utilizados em estudos realizados no contexto português. Na realidade a análise dos estudos de adaptação, no

contexto cultural português, é cada vez mais elevado, o que evidencia o interesse pelo estudo e avaliação deste constructo.

A maioria das escalas desenvolvidas até ao momento têm utilizado, segundo Wells e Marwell (1976, cit. Serra, 1986), processos de medida padronizada, objectiva e quantificada.

Padronizada, no sentido de que os processos de avaliação são semelhantes para todos os sujeitos no momento de avaliar o autoconceito, independentemente das condições em que seja realizada.

Objectiva, uma vez que os resultados obtidos são independentes da pessoa que administra a escala.

Quantificada, porque normalmente são atribuídos valores quantitativamente diferentes à apreciação de cada atributo, sendo esta uma regra à qual a escala tem de se subordinar.

Existem várias escalas conhecidas de autoconceito, no entanto, segundo Faria e Fontaine (1990) as informações disponíveis sobre a maioria desses instrumentos é insuficiente e, muitas vezes, não é largamente utilizada na pesquisa e prática clínica.

Apresentamos no Quadro 2 algumas das escalas mais recentes e mais utilizadas para avaliar o autoconceito e o autoconceito físico, descrevendo de seguida o instrumento utilizado neste estudo, nomeadamente o *Physical Self-Perception Profile* (Fox e Corbin, 1989).

Quadro 2. Instrumentos mais utilizados para avaliação do autoconceito (adaptado de Keith e Bracken (1996))

Instrumento (designação)	Autor/Ano	Dimensões ou Domínios Avaliados
Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSES)	Rosenberg (1965)	Auto-Estima Global.
Self-Perception Profile for Children (SPPC)	Harter (1985)	Competência escolar; Aceitação social; Aparência Física; Conduta comportamental; Auto-estima global; Competência atlética.
Self-Perception Profile for Adolescents (SPPA)	Harter (1988)	Competência escolar; Conduta; Pares; Aparência Física; Aceitação social; Competência atlética.
The Adult Self-Perception Profile (ASPP)	Messer e Harter (1986)	Sociabilidade; Competência profissional; Competência desportiva; Aparência física; Educar e responsabilizar-se pelos outros; Comportamento moral; Competências domésticas; Relações íntimas; Inteligência; Sentido de humor; Auto-estima global; Cuidar dos outros.
Self-Description Questionnaire II (SDQ II)	Marsh (1990)	Competência física; Relação com pares do sexo oposto e do mesmo sexo; Relação com os pais; Aparência física; Honestidade; Matemática; Verbal; Assuntos gerais escolares; Estabilidade Emocional; Auto-estima global.
Body-Esteem Scale (BES)	Med e White (1982)	Auto-estima física.
Physical Self-Perception Profile (PSPP)	Fox e Corbin (1989)	Competência desportiva; Condição física; Força Física; Aparência Física; Auto-estima física global.
Physical Self-Description Questionnaire (PSDQ)	Marsh e Redmayne (1994)	Gordura corporal; Físico global; Aparência física; Auto-estima física global.

Observamos que nos últimos anos, foram desenvolvidos alguns instrumentos que têm vindo a revelar-se fiáveis e válidos para caracterizar e avaliar o modo como os indivíduos percebem a sua dimensão física (Fonseca e Fox, 2002).

Fox (1990) propôs um modelo hierárquico do autoconceito físico. O mesmo autor desenvolveu um instrumento específico para medir o autoconceito físico e avaliar as autopercepções no domínio físico. Para tal, Fox (1990) e Fox e Corbin (1989) desenvolveram investigação teórico-empírica para testar o *Physical Self-Perception Profile* (PSPP).

Segundo Fonseca e Fox (2002), o PSPP possibilita aos inquiridos a indicação das suas percepções relativamente a si próprios no que concerne a vários aspectos do seu "eu físico".

O seu formato e a sua estrutura inicial basearam-se nos instrumentos de avaliação do auto-conceito de Harter (1999).

O PSPP é constituído por cinco escalas, nomeadamente:

(i) Competência desportiva: habilidade atlética, habilidade na aprendizagem de desportos, valorização positiva do desporto;

(ii) Condição Física: condição, força, aptidão, capacidade de manter o exercício, confiança na importância do exercício;

(iii) Aparência: físico atractivo, capacidade de manter um corpo atractivo, valorização positiva da aparência;

(iv) Força: força percebida, desenvolvimento muscular, convicção na capacidade para usar a força em situações que a requeiram;

(v) Auto-Estima Física Global: sentimentos gerais de orgulho, satisfação, alegria e confiança no auto-conceito físico.

As primeiras quatro escalas permitem recolher informação acerca do modo como os indivíduos se percebem relativamente à competência desportiva, condição física, aparência e força, enquanto que a escala de auto-estima orienta-se para o modo como os indivíduos se sentem em relação à dimensão física em geral (Fonseca e Fox, 2002).

Como podemos verificar o instrumento utilizado refere-se ao estudo das autopercepções físicas, como tal, não obstante no texto a terminologia utilizada ter sido a de autoconceito e autoconceito físico (terminologia adoptada pela maioria dos autores citados), na presente investigação optamos pelo uso do termo autopercepções físicas, em concordância com o instrumento de avaliação aplicado.

2.2.4 Estudos realizados: resultados e considerações

A importância do autoconceito, enquanto variável preditiva dos comportamentos dos indivíduos nos mais variados contextos de vida prende-se com o seu contributo na melhoria do bem-estar físico e psicológico dos sujeitos (Faria e Silva, 2000).

A manutenção do autoconceito e do sentido de identidade ao longo da vida é uma base necessária para a consistência da personalidade do adulto e para a sua manutenção durante a vida (Erikson, 1959), podendo assumir uma

importância fulcral no momento das alterações e desafios em idades avançadas.

Atchley (1980, cit. Neto, 1999b) refere que a identidade durante este estágio (terceira idade) muda menos do se poderia esperar.

Segundo René L'Ecuyer (1994, cit. Neto, 1999b), a velhice é caracterizada pela permanência do *self*, contudo, acrescenta que o que caracteriza as pessoas idosas é principalmente a reorganização do autoconceito. Ou seja, apesar de haver uma tendência para certas dimensões estarem menos presentes, tais como o valor do *self*, as actividades ou as preocupações e as atitudes sociais, a dinâmica do *self* prolonga-se ao longo da vida.

Num estudo desenvolvido por Kaufman (1986, cit. Troll e Skaff, 1997), no qual os idosos foram entrevistados, verificou-se que quando os indivíduos falavam de si próprios demonstravam um sentido do *self* contínuo e não modificável com a idade.

Os resultados de um estudo de Labouvie-Vief e colaboradores (1995) indicaram que as representações pessoais variavam ao longo da vida e que podiam ser ordenadas numa série de níveis de desenvolvimento cognitivo e complexidade crescente. Isto é, enquanto que na adolescência a tendência é que os sujeitos apresentem autodescrições que sugerem que o *self* se mantém relativamente indiferenciado dos seus familiares e companheiros, na idade adulta o *self* define-se como uma estrutura interna e diferenciada que se relaciona com um sistema normativo de ideias e de padrões institucionalizados.

Um estudo conduzido por Troll e Skaff (1997), envolvendo 150 indivíduos muito idosos (com 85 anos ou mais), constatou que setenta e cinco por cento dos sujeitos da amostra pensavam ser a mesma pessoa que sempre foram. Observaram ainda que, oitenta por cento da amostra total referiu que algumas das suas características se tinham alterado, alterações essas que pareciam estar associadas a um sentido de história pessoal.

No entanto, a reforma, a viuvez, as perdas ao nível da saúde privam, segundo Neto (1999b), as pessoas de muitos papéis e relações nucleares em torno dos quais as suas identidades tinham sido construídas. Todos estes

aspectos, entre outros, estão associadas à perda de auto-estima (Atchley, cit. Neto, 1999b).

Um estudo desenvolvido por Levy e colaboradores (2002) demonstrou que indivíduos idosos, com autopercepções positivas acerca do próprio envelhecimento, apresentavam uma melhor funcionalidade. Ou seja, a autopercepção do envelhecimento tem consequências importantes na medida em que a forma como os indivíduos vêem seu próprio envelhecimento afecta a sua saúde funcional.

Demonstrou-se ainda, agora no campo das autopercepções de saúde, que idosos que consideravam a sua saúde como frágil provavelmente morriam mais cedo do que aqueles que percepcionavam a sua saúde como boa. Segundo os autores Menec e colaboradores (1999), a percepção da saúde prevê o controlo percebido e o uso de estratégias de aumento do controlo relacionado com a idade. Acrescentam que uma percepção positiva de saúde está relacionada com um perfil psicológico adaptativo, incluindo percepções de controlo e o uso de estratégias de aumento de controlo, às quais estão unidas a saúde e bem-estar.

Neto (1999b) salienta que quando as pessoas idosas deixam de ser independentes e incapazes de controlar a própria vida, ou, quando se deslocam para uma instituição ou residência familiar e lhes é retirado o direito de tomar decisões, a auto-estima é afectada.

Tobin e Lieberman (1976, cit. Troll e Skaff, 1997) debruçaram-se sobre a situação em que os idosos mudavam para instituições e, contrariamente àquilo que era esperado, observaram que estes mantinham autoconceitos estáveis a partir de testemunhos pessoais acerca do seu passado. Segundo Troll e Skaff (1997) os idosos, sempre que possível, alteravam as suas actividades diárias de forma a relacionarem-nas com os seus interesses do passado e conservando os seus antigos valores e compromissos.

Troll e Skaff concluía ainda que, os indivíduos, incluindo os idosos, parecem manter um sentido do *self* coerente ao longo do tempo.

2.3 ACTIVIDADE FÍSICA

2.3.1 A importância da actividade física no processo de envelhecimento

O envelhecimento tem sido descrito como um processo, ou conjunto de processos, inerente a todos os seres vivos e que se expressa pela perda da capacidade de adaptação e pela diminuição da funcionalidade estando associado a alterações físicas e fisiológicas (Spiriduso, 1995). Sendo o envelhecimento um processo inevitável, importa atenuar muito dos seus efeitos adversos. Um dos factores que mais contribui para este processo é o sedentarismo e, como refere Dias e Afonso (1999, p.195), “a actividade, seja ela qual for, parece ser o melhor remédio para a velhice”.

A actividade física é definida por Bouchard e colaboradores (1993) como sendo qualquer movimento corporal produzido por músculos esqueléticos que resulta no aumento substancial de gasto de energia. Faria Junior (1997) entende que este conceito é redutor e que a actividade física é uma qualidade substancial do ser humano que apresenta um teor que ultrapassa o que o biológico e o funcional lhe conferem. Acrescenta que, no campo da gerontologia, o conceito de actividade física aparece ampliado, considerando também a esfera psicológica.

Assume-se, assim, a utilidade e necessidade de assegurar o significado da actividade física, em especial para as pessoas idosas, explicando a importância do movimento para as suas vidas. Como refere Grufe (2001, p.7), “o movimento é o «acesso» ao nosso mundo e ao nosso envolvimento, um tipo de meio através do qual o vivemos, experimentamos e conhecemos”.

Assim, é urgente contrariar a tendência de que à medida que incrementa a idade o indivíduo se torne menos activo, ou seja, é necessário que se compreenda que a velhice não sinónimo de inactividade e não significa forçosamente a diminuição completa da força e das capacidades físicas e psíquicas (Guedes, 2001).

Um grande número de pesquisas têm sido baseadas na Teoria da Actividade do Envelhecimento.

Segundo Paúl (1996), a teoria da actividade considera que a satisfação, felicidade e auto-estima, sinais positivos do envelhecimento bem sucedido, são proporcionais à actividade desenvolvida e à intensidade das interacções sociais. Barreto (1984) acrescenta que o pressuposto básico desta teoria considera a satisfação de viver em função da existência de uma imagem positiva de si mesmo, resultante da percepção de ser capaz de atingir os objectivos pessoais e manter interacções sociais satisfatórias.

A inactividade abre um “espaço psíquico” para a reflexão e a interiorização, que normalmente não se desenvolve num sentido positivo para quem estava habituado a viver essencialmente, ou em grande escala, em relação com estímulos exteriores. Surge assim um ponto chave centrado na actividade (Brito, 1993). Como afirma Paúl (1996), o idoso que envelhece de uma forma óptima é o que permanece activo, encontrando substitutos para as actividades que teve de abandonar, para as amizades que perdeu. E uma vez que não seria racional, nem possível substituir a actividade profissional por outra rigorosamente equivalente, coloca-se o problema de escolha de actividades adequadas nas diferentes situações em que se encontra o idoso (Brito, 1993).

É precisamente aqui que os programas de actividade física para a terceira idade encontram o seu papel, “dado que os seus efeitos nos planos corporal, espiritual e social” (Bento, 1999, p.127) assumem, nos dias de hoje, uma relevância crescente para os idosos.

2.3.2 Papel e benefícios da actividade física na terceira idade

A actividade física nos idosos promove vários benefícios a nível físico e fisiológico, social e psicológico, que se resumem num objectivo principal que é a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida do idoso (Spirduso, 1995).

Bokovoy e Blair (1994) afirmam que o exercício habitual aumenta a longevidade e a qualidade de vida. Segundo Spirduso (1995) esta qualidade de vida é julgada pelo seu grau de funcionalidade, de saúde e pela capacidade de

permanecer independente dos outros, para a realização das simples tarefas do quotidiano.

As questões iniciais sobre o papel da actividade física na qualidade de vida deslocavam-se para o lado qualitativo, ou seja, se poderia o exercício aumentar os anos de vida (Mota, 1999). No entanto, não parece muito importante saber qual a idade máxima que vamos atingir. É mais importante o saber como se envelhece (Appell e Mota, 1991).

Nos últimos anos assistiu-se a uma alteração da acentuação das questões para a sua dimensão qualitativa, isto é, como pode a actividade física afectar positivamente as dimensões mais subjectivas da natureza humana, como sejam o bem-estar e a qualidade de vida (Mota, 1999). É precisamente sobre esta última perspectiva que vamos focar a nossa atenção, que nos conduz para a “questão essencial de saber se o aumento da aptidão e actividade física conferem um mais alto nível de qualidade de vida” (Carvalho e Mota, 2002, p.12). Os mesmos autores acrescentam que quando falamos da actividade /aptidão física no idoso, estamos a falar da sua funcionalidade e, por consequência, da sua autonomia e independência (conforme Figura 5).



Figura 5 - Relação da actividade física com a autonomia e independência da pessoa idosa (adaptado de Carvalho e Mota, 2002)

Segundo Cunningham e colaboradores (1993) a actividade física surge como um elemento potenciador da qualidade de vida da pessoa idosa, na medida em que o seu nível de independência funcional ou de qualidade de vida, está dependente da sua capacidade de manter autonomamente as diferentes facetas da sua actividade diária.

Contudo, como já foi referido, a característica fundamental do conceito de qualidade de vida é a sua natureza multidimensional não dependendo portanto, apenas da capacidade do idoso realizar as suas tarefas quotidianas.

A sua conceptualização é usualmente definida por um conjunto de dimensões, tais como disponibilidade física; bem-estar emocional; socialização; e outras actividades tais como a satisfação de vida, e percepções de saúde (Shumaker e colaboradores, 1990). Desta forma, segundo Guardia (1994), a qualidade de vida depende de variáveis humanas (domínios bio-psico-social), materiais (económicas) e do envolvimento (naturais e artificiais).

No que concerne à variável humana, o reconhecimento dos possíveis efeitos positivos provenientes da prática regular da actividade física nos aspectos físicos, psicológicos e sociais, é um facto cada vez mais evidenciado neste grupo etário da população (Duarte, 1999).

Com base nos vários estudos realizados acerca dos efeitos da actividade física regular no idoso, a World Health Organization (1997) apresentou os benefícios fisiológicos, psicológicos e sociais conhecidos, descritos de forma sumariada (conforme Quadros 3,4 e 5).

Quadro 3. Síntese dos benefícios psicológicos da actividade física (adaptado de WHO, 1997)

Domínio Psicológico

Efeitos Imediatos:

- Favorece o relaxamento;
- Reduz o estado de ansiedade e depressão;
- Melhora o estado de humor;

Efeitos a Longo Prazo:

- Melhora o bem-estar geral;
 - Melhora a saúde mental;
 - Melhora a função cognitiva;
 - Melhora o controlo motor;
 - Proporciona novas aprendizagens e apura as habilidades (aptidões já existentes).
-

Quadro 4. Síntese dos benefícios socioculturais da actividade física (adaptado de WHO, 1997)

Domínio Sociocultural

Efeitos Imediatos:

- Fortalece a autoridade e estimula o desempenho de papéis mais activos na sociedade;
- Favorece a integração social e cultural;

Efeitos a Longo Prazo:

- Fomenta a integração/participação na comunidade;
- Estimula a criação de novas amizades;
- Fomenta a actividade entre diferentes gerações;
- Promove a actividade social que pode substituir o trabalho, proporcionando sentimentos de satisfação e de produtividade;
- Favorece a manutenção de um papel social activo e o desempenho de

novos papéis sociais.

Quadro 5. Síntese dos benefícios fisiológicos da actividade física (adaptado de WHO, 1997)

Domínio Fisiológico

Efeitos Imediatos:

- Ajuda a regular os níveis de glucose no sangue;
- Estimula os níveis de adrenalina e noradrenalina;
- Melhora o sono em termos de qualidade e quantidade;
- Ajuda a prevenir e/ou adiar os riscos associados à diminuição do equilíbrio e coordenação;

Efeitos a Longo Prazo:

- Melhora o funcionamento cardiovascular;
 - Provoca melhorias substanciais nos níveis de força muscular;
 - Ajuda a preservar e a readquirir a flexibilidade;
 - Atenua a diminuição da velocidade de movimento.
-

Estes efeitos são de enorme importância para qualquer pessoa de qualquer idade, mas revestem-se de particular relevância para as pessoas idosas,

particularmente expostas a influências que afectam negativamente a sua saúde e bem-estar.

Como podemos verificar, parafraseando Berger e Motl (2001), a actividade física influencia directamente a saúde e os “subdomínios” do *self* na qualidade de vida e, indirectamente, influencia as componentes sociais. Acrescentam que programas de exercício podem contribuir para a qualidade de vida das pessoas pela sua influência nas variáveis contextuais e situacionais como o afecto, *stress* percebido, saúde física e satisfação de vida.

Existem, pois, evidências que demonstram que a actividade física, quando feita de forma regular, tem consequências benéficas a nível psicológico, aumentando de forma geral o bem-estar dos idosos.

É no âmbito do domínio psicológico que iremos debruçar de seguida a nossa atenção, com a abordagem dos efeitos psicológicos do exercício e da actividade física.

2.3.3 Efeitos psicológicos do exercício e da actividade física

Os efeitos do exercício e da actividade física nas variáveis psicológicas têm sido frequentemente mencionados por vários investigadores.

Para Alferman e Stoll (2000), o impacto do exercício na saúde mental é uma longa questão a debater que começa a ser claramente identificada a partir dos anos 80. Desde então que se desenvolvem investigações visando o corpo para demonstrar que o exercício melhora a saúde mental. De acordo com Salovey (2000) há um grande reconhecimento de que uma mente optimista e um espírito alegre acompanham um corpo saudável.

Como afirma Fox (2000) há um aumento de interesse acerca da contribuição do exercício, tanto na promoção do bem-estar mental como no tratamento e prevenção de doenças e desordens mentais.

Serpa (1993) refere que são múltiplos os benefícios psicológicos individuais obtidos através da actividade física, nomeadamente a melhoria da auto-imagem e do bem-estar, aumento da autoconfiança, do estado de vigília e da clareza do pensamento, alterações positivas no humor e diminuição da

tensão, depressão e ansiedade, melhoria do bem-estar psicológico, aumento de energia e da capacidade de lidar com as situações, aumento de prazer no exercício e nos contactos sociais. Acerca deste último, contactos sociais, Paúl (1992) concluiu que os sentimentos de solidão surgem como um aspecto central de toda a problemática relativa ao bem-estar subjectivo do idoso. Concluiu ainda que os idosos sem objectivos de vida para realizar, sem nada para fazer, com uma rotina, por vezes penosa e solitária, sentiam-se irremediavelmente sós. Contrariamente, nas situações em que o quotidiano continuava a constituir um desafio e a saúde o permitia, os idosos mantinham-se mais satisfeitos e felizes.

Tal como McPherson (1994) afirma, o exercício físico parece evidenciar, cada vez mais, uma mistura de desafio, jogo, relaxamento, socialização e construção, promovendo a cooperação e interacção entre todos aqueles que dele fazem parte, proporcionando também a vivência de situações de sucesso.

A actividade física foi ainda associada aos benefícios no estado de espírito, maior autoconceito positivo e auto-estima, aumento na auto-eficácia, diminuição dos índices de *stress* psicológico e fisiológico, aumentando experiências de alegria, divertimento e outras experiências positivas (Argyle, 1999).

De acordo com Chodzko-Zadko (1999), o exercício regular mostra evidentes ganhos na saúde psicológica e no bem-estar.

A investigação tem demonstrado que o exercício permite um fortalecimento psicológico e um bem-estar mental, quer a curto, quer a longo prazo (Serpa, 1993).

No entanto, mesmo com resultados psicológicos demonstrados encorajadores na globalidade, Willis e Campbell (1992) consideram que as investigações nesta área ainda são limitadas. Como afirmam Carvalho e Mota (2002), o exercício físico parece ser indutor de efeitos positivos no bem-estar, contudo, os seus efeitos a longo prazo não são ainda conclusivos.

Efeitos da actividade física no bem-estar subjectivo

O bem-estar subjectivo, como já foi referido, tem sido objecto de muitas investigações nas últimas décadas. O interesse crescente pelos factores mais importantes do bem-estar subjectivo para idosos também se tem verificado por parte dos investigadores (Willis e Campbell, 1992).

Contudo, ainda permanecem escassas as investigações acerca do papel do exercício no bem-estar subjectivo em idosos, ou seja, permanece inconclusivo que o exercício é um factor para o bem-estar subjectivo na terceira idade (Willis e Campbell, 1992). Salientam ainda, que a relação entre exercício e bem-estar subjectivo na terceira idade permanecerá pouco clara, até que se resolvam os problemas relacionados com a terminologia e a mensuração, considerada inconsistente e incompleta.

Acrescentado a estes problemas, Berger (2001) salienta que a relação entre actividade física e bem-estar subjectivo é complexa. Contribuindo para essa complexidade está o facto de existirem um número variado de tipos e formas de actividade física. Segundo Berger (2001) exercício e desporto pode referir-se a uma actividade colectiva ou individual, competitiva ou recreativa, a uma actividade aeróbia ou anaeróbia, a um exercício agudo ou crónico e a actividades realizadas por indivíduos que diferem entre si, ao nível da capacidade e condição física. Desta forma, é possível que os benefícios psicológicos a partir da actividade física, como muitos benefícios físicos, difiram de acordo com as modalidades e entre exercícios e desportos. Até dentro da mesma actividade, variam múltiplos factores incluindo as características e o envolvimento da prática, os participantes e professores. Outro contributo para esta complexidade é que o tipo e amplitude de benefícios psicológicos também pode diferir em grupos específicos de pessoas, incluindo participantes com variações na idade, com problemas psíquicos, entre outros.

Além disso, complicando estas inter-relações, o termo bem-estar subjectivo inclui muitos factores tal com ausência do afecto negativo, presença de afecto positivo e altos níveis de satisfação com a vida (Diener, 1994; Mroczek e Kolarz, 1998).

Contudo, despidando tais complexidades, Berger (2001) afirma que há um forte consenso de que a actividade física habitual está associada ao aumento de bem-estar subjectivo. Ou seja, os benefícios atribuídos à actividade física são geralmente associados ao bem-estar físico e psicológico dos seus praticantes, sendo por este motivo objecto de estudo e análise a relação que existe entre a prática de actividade física e o bem-estar subjectivo (afectos e felicidade).

As conclusões de um estudo realizado por Stathi e colaboradores (2002) indicaram a influência da actividade física em todas as dimensões do bem-estar subjectivo em adultos idosos, com excepção do bem-estar material. A actividade física parece contribuir para a saúde mental dos adultos idosos através da ocupação e de uma vida activa, contribuindo para a alerta mental e atitude positiva face à vida, evitando o *stress*, estado negativo e isolamento.

Os relatos dos participantes no estudo são expressão viva de que a actividade física “assume” um múltiplo papel no bem-estar mental. Expressões como, “a actividade física mantém-nos mentalmente mais alerta, leva-nos os problemas e melhora a nossa concentração”; “a actividade física faz-nos sentir satisfeitos e proporciona sentimentos de felicidade”; “o exercício é mais uma ‘coisa’ mental do que uma ‘coisa’ física, ajuda a pensar positivamente e a ter uma atitude jovem”; “através da actividade física a vida parece melhor”; (...), demonstram os efeitos positivos e o papel da actividade física no bem-estar .

Um estudo envolvendo homens e mulheres com uma média de idades de 63 anos, que participaram num programa formal de exercício durante mais de dois anos, revelou que a participação no programa contribuiu significativamente para o sentido de bem-estar físico dos participantes. (Stones e Kozma, 1986).

Segundo Spirduso (1994), o papel da actividade física no bem-estar dos idosos centra-se na importância que a saúde e a capacidade física assumem no envelhecimento. Ryff (1989) confirmou-o perguntando a pessoas com mais de 65 anos a seguinte questão: se tivesse oportunidade de mudar alguma coisa na sua vida – emprego, relação familiar, amizades, actividades, nível económico, ... – o que mudaria? As respostas recaíram sobre o estado de saúde. A saúde é uma base importante para o sentimento de bem-estar nos

adultos idosos, tornando-se um imperativo conduzir muitas mais investigações observando a relação entre a saúde funcional e fitness e o constructo do bem-estar: auto-estima, autoconceito, conceito corporal, auto-eficácia e controlo emocional (Spirduso, 1994).

Tem sido demonstrado que as pessoas idosas fisicamente activas, tendem a revelar atitudes positivas perante o trabalho, têm melhor saúde, revelam maior capacidade de enfrentar o *stress* e a tensão (McAuley e Rudolph, 1995) .

Segundo Berger e McInman (1993), os idosos fisicamente mais activos tendem a manifestar atitudes mais positivas, reforçando a correlação forte que existe entre a satisfação com a vida e a actividade física.

Efeitos da actividade física no autoconceito

Várias são as pesquisas que constataram que um autoconceito positivo é essencial ao desenvolvimento e ao ajustamento psicológico do sujeito, em qualquer fase do ciclo de vida (Faria e Silva, 2000). Durante o processo de envelhecimento inicia-se um novo ciclo em que o idoso incorpora no seu autoconceito o sentimento de «ser velho», sentimento este que normalmente é acompanhado por alterações ao nível do comportamento, nomeadamente pela diminuição de actividade física (Berger e McInman, 1993).

Essa tendência do idoso para a inactividade tem de ser contrariada, pois, a actividade física é cada vez mais encarada como uma atitude saudável que possibilita uma nova relação com o corpo. Os benefícios atribuídos à actividade física estão geralmente associados ao bem-estar físico e psicológico dos seus praticantes, nomeadamente à melhoria do autoconceito físico.

As conclusões dum estudo desenvolvido por Faria e Silva (2000), acerca dos efeitos do exercício físico na promoção do autoconceito, revelaram que a prática de exercício físico teve um efeito promotor do autoconceito físico, social, de sentido de humor e da auto-estima global.

Num estudo realizado por Ponte e colaboradores (1991) observaram-se diferenças significativas no autoconceito entre o grupo que praticava actividade física e o que não praticava, apresentando o primeiro valores mais elevados.

Alferman e Stoll (2000) confirmaram que a prática de exercício aumenta o autoconceito. O foco de estudo visou o efeito de um programa de exercício após seis meses de intervenção relativamente às variáveis psicológicas da saúde mental, nomeadamente autoconceito e bem-estar, em adultos de meia-idade. Verificou-se que o grupo experimental comparativamente ao grupo de controlo aumentou o autoconceito físico e o bem-estar subjectivo após meio ano de exercício regular. Foi possível verificar, como resultado da investigação, que o autoconceito físico melhora com o exercício, não se verificando o mesmo em relação à auto-estima contrariamente ao previsto, e também em oposição ao veiculado por estudos anteriormente realizados.

Num estudo desenvolvido por Marsh e Jackson (1986), envolvendo mulheres praticantes de actividade física (atletas) e não praticantes de actividade física (não atletas), verificou-se que as mulheres atletas apresentavam níveis substancialmente mais elevados no autoconceito de habilidade física, não apresentando diferenças significativas em outras áreas do autoconceito. Além disso, as atletas julgaram o seu autoconceito relativo à habilidade física como sendo mais importante, comparativamente com as não atletas.

Numa investigação desenvolvida por McAuley e colaboradores (1995), foram investigados os efeitos do exercício num grupo de indivíduos sedentários. Após a implementação de um programa de exercício físico durante cinco meses observou-se um incremento a auto-eficácia, melhoria na satisfação com a imagem corporal e redução da ansiedade física.

Num estudo desenvolvido por Carapeta et al. (2001) concluiu-se que a experiência desportiva estava associada a um autoconceito global mais elevado, verificando-se repercussões ao nível de alguns domínios do autoconceito, como é o caso da competência física e aparência física e consequentemente ao nível do autoconceito físico total.

Em estudos realizados por Berger e McInman (1993) verificou-se que os idosos que praticavam actividade física possuíam características de personalidade mais positivas do que os idosos que não praticavam, demonstrando mais segurança, confiança e maior facilidade em reagir perante situações de stress e tensão. Os resultados demonstraram uma forte correlação existente entre a actividade física e a satisfação com a vida, com a consequente presença de sentimentos positivos de auto-estima.

Os trabalhos desenvolvidos por Fox (1997; 2000) no domínio desportivo alertam, entre outros aspectos, para o facto de as mudanças corporais resultantes do exercício e da actividade física poderem promover e aumentar o autoconceito.

Os resultados destes estudos apontam para o facto de existirem diferenças significativas em alguns domínios do autoconceito, entre sujeitos não praticantes, ex-praticantes e praticantes:

- a participação desportiva poderá ser identificada como uma variável com repercussões ao nível de alguns domínios do autoconceito, como o caso da competência física e aparência física e consequentemente ao nível do autoconceito físico;
- os resultados sugeriram ainda que a prática de actividade física poderá ser considerada uma variável influente também no autoconceito global;
- homens e mulheres apresentaram diferenças ao nível de algumas dimensões específicas do autoconceito (competência física, honestidade, ...) embora essas diferenças se diluam ao nível do autoconceito global;
- a prática de actividade física, para além dos efeitos benéficos na promoção da saúde, poderá também ter repercussões ao nível deste aspecto fundamental que é o desenvolvimento do autoconceito.

Este estudo sugere a confirmação do papel positivo desempenhado pelo exercício ou actividade física no autoconceito.

Acerca do efeito do exercício nas medidas de autoconceito físico e auto-estima, recentemente Fox conduziu uma compreensiva revisão de estudos.

Em resumo, generalizou as seguintes declarações:

- o exercício pode ser usado como um meio para produzir o auto-valor físico e outras importantes autopercepções físicas, como a imagem corporal. Mudanças significativas são indicadas em 78% dos estudos;
- em algumas situações há um aumento da auto-estima, no entanto, metade dos estudos não mostram mudanças. Claramente, o aumento da auto-estima não é um efeito automático nos programas de exercício, pensa-se que pode ocorrer com algum tipo de exercício e com algumas pessoas;
- efeitos positivos podem ser experimentados por todos os grupos de idades, mas há uma grande evidência de mudanças em crianças e adultos de meia idade;
- efeitos positivos podem ser experimentados por homens e mulheres;
- efeitos são possivelmente maiores para aqueles que têm baixa auto-estima;
- vários tipos de exercício são efectivos na mudança das autopercepções, no entanto, há maiores evidências através dos exercícios aeróbios e com cargas pesadas.

As investigações sugerem que as autopercepções físicas são mais susceptíveis para a mudança após a intervenção de um programa de exercício. Ou seja, há uma maior evidência do impacto do exercício em aspectos das autopercepções físicas relativamente à auto-estima.

Isto parece particularmente importante na leve evidência que elementos da autopercepção física conduzem a propriedades do bem-estar mental.

De acordo com Berger (1989) o exercício está associado ao aumento de alegria, da auto-eficácia, do auto-conceito, da auto-estima, da imagem corporal e da qualidade de vida .

Segundo Faria e Silva (2000), o exercício físico ao melhorar o estado de espírito, a disposição e a energia vital pode facilitar também o sentido de humor e, conseqüentemente, ajudar os sujeitos a enfrentar a tensão e o desafio de forma mais eficaz e positiva.

Parafrazeando Mota (2002), a actividade física surge como um elemento importante para o desenvolvimento da autovalorização, uma vez que os idosos ao perceberem que são fisicamente capazes vivem um sentimento de competência que os leva a acreditar na própria capacidade de realizar tarefas, a serem mais persistentes frente a possíveis insucessos ou situações potencialmente desvantajosas.

3. METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra deste estudo é constituída por 185 idosos com idades compreendidas entre 65 e 93 anos, dos quais 121 (65,4%) do sexo feminino e 64 (34,6%) do sexo masculino, residentes em Arcos de Valdevez, Aveiro e Ponte da Barca

Quadro 6. Idades em função do sexo

Sexo	Nº	Idade mínima	Idade máxima
Masculino	64	65	92
Feminino	121	65	93

O escalão etário foi estratificado em dois intervalos de idades: 65 aos 75 anos (idosos jovens) e 76 aos 93 anos (idosos e muito idosos), com base na proposta de divisão da World Health Organization (1998).

Quadro 7. Número de idosos jovens e idosos/muito idosos

	Escalão Etário	Nº
Idosos jovens	[65, 75]	76
Idosos/muito idosos	[76, 95]	109

Os idosos que participaram neste estudo representavam sete instituições distintas, nomeadamente, Santa Casa da Misericórdia de Aveiro, Centro de Recreação Humanitária de Salreu, Santa Casa da Misericórdia de Estarreja, Centro de Dia São Tomé de Canelas, Centro Paroquial de Assistência à Freguesia de Pardilhó, Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca e Universidade do Saber de Arcos de Valdevez, dos quais 55,7% residem em casa própria ou de familiares (não institucionalizados) e 44,3% residem em lares (institucionalizados).

Quadro 8. Número de utentes de cada instituição

Instituição	SCMA	US-AV	CH-Sareul	CPA	Canelas	Estarreja	SCMPB	Total
Nº	47	38	13	11	14	22	40	185

Quanto ao estado civil, verifica-se que a grande maioria dos sujeitos da nossa amostra encontra-se na categoria de viúvo (47,6%), seguindo-se em ordem decrescente de importância, os pertencentes à categoria, casados (35,7%) e os solteiros (16,8%), sendo a categoria dos divorciados quase insignificante (3,2%).

Quadro 9. Estado civil da população estudada

Estado Civil	Viúvos	Casados	Solteiros	Divorciados	Total
Nº	88	60	31	6	185

Em relação ao passado desportivo verificamos que 78,9% da amostra não tinham qualquer vivência e que apenas 21,1% praticaram no passado, actividade física de uma forma regular (ginástica e futebol).

Quadro 10. Passado desportivo dos sujeitos da amostra

Praticou AF	Nº
Não	146
Sim	
Ginástica	25
Vários	3
Futebol	4
Gin/Nat	1
Natação	2
Hidrogenástica	1
Fut. Caça	2
Dança	1
Total	39

No que concerne à prática de actividade física actual, 86 (46,5%) dos sujeitos referiram que não praticavam actividade física. Os restantes sujeitos

pertencentes à amostra (53,5%) praticavam actividade física de uma forma regular, à pelo menos um ano e meio, uma a duas vezes por semana, sendo a duração de cada sessão de 45 minutos.

Quadro 11. Actividade física actual dos sujeitos da amostra

Pratica AF	Nº
Não	86
Sim	
Ginástica	92
Caminhadas	3
Hidroginástica	1
Cardio-Fitness	2
Futebol	1
Total	99

Por último, relativamente à questão acerca da actividade física que pratica ser suficiente, 133 idosos responderam sim e 52 responderam não. Em relação à questão se gostaria de ser mais activo, 108 idosos consideram que sim e 77 consideram que não.

3.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

3.2.1 Descrição dos instrumentos

Neste estudo foram utilizadas as escalas de Felicidade Geral (GHS) e de Afectos Positivos e Afectos Negativos (PANAS). Utilizamos também o questionário de Autopercepções Físicas (PSPP) e um questionário Demográfico para identificação e caracterização sócio-demográfica dos sujeitos.

O questionário de **Identificação Sócio-Demográfica**, por nós elaborado, foi composto por três partes distintas. Uma primeira parte correspondia à identificação dos sujeitos, que nos permitiu proceder à caracterização geral da

amostra, através do sexo, idade, naturalidade, profissão, estado civil e local de residência. Uma segunda parte correspondia à actividade física dos idosos, onde se procurou fazer uma análise dos hábitos desportivos relativamente ao passado e no presente, e em caso afirmativo saber qual o tipo de actividade praticada e o tempo semanal despendido na mesma. Numa terceira parte questionámos se os sujeitos consideravam que a sua actividade física era suficiente e se gostariam de ser mais activos.

Relativamente ao questionário de **Autopercepções Físicas**, Fonseca e Fox (2002) consideraram o *Physical Self-Perception Profile* (Fox e Corbin, 1989) como o instrumento que mais se tem destacado pela positiva, permitindo aos inquiridos indicar as percepções que têm de si próprios relativamente a vários aspectos do seu “eu físico”.

O *Physical Self-Perception Profile* – *PSPP* (Fox e Corbin, 1989) é constituído por cinco escalas: competência desportiva (i.e., percepções acerca da capacidade desportiva e atlética, capacidade para aprender técnicas desportivas, e confiança em contextos desportivos), condição física (i.e., percepções acerca do nível de condição física, capacidade para persistir na prática de actividade física, e confiança em contextos de actividade física e *fitness*), aparência física (i.e., percepções acerca da atracção exercida nos outros pela sua figura ou físico, capacidade para manter um corpo atraente, e confiança na aparência), força física (i.e., percepções acerca da força física, desenvolvimento muscular, e confiança em situações que exigem força) e auto-estima física (i.e., sentimentos generalizados de alegria, satisfação, orgulho, respeito e confiança no “eu físico”).

Cada escala é igualmente constituída por seis itens, relativamente a cada um dos quais os inquiridos se pronunciam através de uma estrutura de resposta com formato de estrutura alternativa, consistindo cada item num par de afirmações contrárias (Fonseca e Fox, 2002).

Fonseca e Fox (2002) referem ainda a importância de equacionar a possibilidade de futuramente ser desenvolvida uma escala destinada a avaliar

o que poderíamos designar de capacidade física funcional percebida pelos indivíduos, em estudos com adultos, particularmente os mais idosos.

Neste sentido, e considerando esta proposta, substituímos os itens relativos à escala de competência desportiva por itens relativos à capacidade física funcional. A selecção dos itens adveio de várias conversas no seio de um grupo de idosos, das quais se constataram quais os aspectos mais importantes da funcionalidade para a concretização das tarefas quotidianas.

Mota (2002) refere que quando falamos da actividade/aptidão física no idoso, estamos a falar da sua funcionalidade e, por consequência, da sua autonomia e independência. Cunningham e colaboradores (1993) salientam que o nível de independência ou de qualidade de vida dos idosos está dependente da sua capacidade de concretizar as suas tarefas quotidianas.

Acerca do tipo de tarefas quotidianas que podemos considerar, Hawkins e colaboradores (1998) referem que estas actividades são usualmente organizadas em duas grandes áreas:

1. As actividades instrumentais (uso do telefone, tarefas domésticas gerais, cuidar da sua vida pessoal, etc.).

2. Actividades físicas comuns à vida quotidiana (vestir-se, pentear-se, alimentar-se, andar sozinho/deslocar-se, etc.).

Assim, seleccionamos três itens relacionados com as actividades físicas comuns à vida quotidiana, nomeadamente “vestir-se, pentear-se, deslocar-se, andar sozinho” e dois itens relacionados com as actividades instrumentais, nomeadamente “realização de tarefas diárias gerais (tais como cozinhar, usar o telefone) e fazer compras”, os quais fizeram parte do questionário.

Como forma de proceder à avaliação dos afectos, utilizamos a escala de **Afectos Positivos e Afectos Negativos** (*Positive and Negative Affect Schedule*) desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988). Esta escala é constituída por dez itens de humor que incluem a lista de afecto positivo e itens de humor que incluem a lista de afecto negativo. Para cada um dos itens existem cinco possibilidades de resposta, desde discordo completamente (1 ponto) a concordo completamente (5 pontos).

Para a avaliação da felicidade, utilizámos a escala de **Felicidade Geral** (*General Happiness Scale*) desenvolvida por Lyubomirsky e Lepper (1999).

Esta escala avalia a felicidade subjectiva e geral através de quatro itens constituídos por cinco possibilidades de resposta. Essa resposta deverá reflectir a forma como o indivíduo se sente, ou seja, deverá expressar os sentimentos que melhor o descrevem.

3.2.2 Tradução dos instrumentos

A tradução das escalas do Inglês (língua em que foi criada) para Português, envolveu uma série de processos inerentes às regras de investigação para estas situações.

A validação das escalas para a língua portuguesa implicou:

- 1ª fase, proposta de tradução de inglês (versão original) para português. Esta proposta de tradução foi realizada pelo orientador científico e investigador.

- 2ª Fase, submetemos a proposta de tradução a um júri seleccionado segundo os seguintes critérios: professores de inglês com experiência há pelo menos 20 anos.

- 3ª Fase, reunião entre os respectivos investigadores do estudo para comparar as versões e acertar pormenores de tradução.

- 4ª Fase, elaboração da versão final, que incluiu o questionário de Identificação Sócio-demográfico, o questionário de Autopercepções Físicas (PSPP), a escala de Felicidade Geral (GHS) e a escala de Afectos Positivos e Negativos (PANAS).

- 5ª Fase, reunião dos idosos, para análise de possíveis dificuldades no entendimento das escalas (esta sessão envolveu seis idosos).

3.3 PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO

Neste estudo utilizámos os seguintes instrumentos: o questionário de Autopercepções Físicas (PSPP), a escala de Felicidade Geral (GHS), a escala de Afectos Positivo e Afectos Negativos (PANAS) e um questionário Demográfico, já descritos anteriormente.

No decorrer da reunião que realizámos com os idosos antes da aplicação dos questionários, detectámos algumas dificuldades no entendimento das questões relativas ao questionário das autopercepções físicas. Por isso, decidimos apresentar o questionário final obedecendo a uma ordem cujo critério foi o de aumentar progressivamente o grau de complexidade, começando pelas escalas mais simples com conteúdos mais fáceis e directos.

Assim, após a Identificação Sócio-Demográfica, aplicámos a escala de Felicidade, prosseguimos com a escala de Afectos e terminámos com o questionário de Autopercepções Físicas.

Optámos, ainda, pelo mesmo motivo, por realizar entrevista individual.

Para aplicação do questionário começámos por pedir autorização oficial às instituições referidas anteriormente, explicando sucintamente os nossos objectivos. Após uma resposta positiva por parte dos responsáveis das respectivas instituições, foram-nos indicados os momentos mais apropriados para procedermos à realização das entrevistas, que decorreram durante dois meses (Maio e Junho).

3.4 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Este trabalho foi realizado utilizando o programa estatístico de processamento de dados S.P.S.S. for Windows, versão 11..

A análise descritiva dos dados foi efectuada a partir das medidas descritivas básicas, média e desvio padrão.

Aplicou-se o teste t para medidas independentes e, quando as variáveis apresentavam mais do que duas categorias, utilizou-se a análise de variância (ANOVA).

Para relacionar as variáveis utilizou-se o coeficiente de correlação r de Pearson.

Os valores de significância considerados estatisticamente significativos foram $p \leq 0,05$.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Média e desvio padrão para a amostra total

No Quadro 12 são apresentados os índices estatísticos (média e desvio padrão) dos resultados obtidos nas diferentes escalas das Autopercepções Físicas, na escala dos Afectos (positivo e negativo) e na escala da Felicidade, pela amostra total.

Quadro 12. Média e desvio padrão para a amostra total

	Média	Desvio Padrão
AUTOPERCEPÇÕES FÍSICAS		
Confiança Física	2,12 ±	,68
Aparência Física	2,14 ±	,63
Força Física	2,13 ±	,69
Função Física	2,91 ±	,82
Auto-Estima Física	2,47 ±	,69
AFFECTOS		
Afectos Positivos	3,04 ±	,83
Afectos Negativos	2,63 ±	,62
FELICIDADE	3,23 ±	,74

4.2 Diferenças em função do sexo

Quando comparámos os valores médios das respostas de ambos os sexos verificou-se que os resultados são semelhantes. Embora os indivíduos do sexo masculino apresentem valores ligeiramente superiores aos do sexo feminino no que diz respeito à confiança física e força física, estes não são estatisticamente significativos (conforme Quadro 13).

Quadro 13. Autopercepções físicas em função do sexo

	Feminino		Masculino		t-test	
	Média	Desv. Pad.	Média	Desv. Pad.	T	sig.
Confiança Física	2,05 ±	.69	2,24 ±	.65	-1,808	,072
Aparência Física	2,13 ±	.64	2,17 ±	.61	-0,471	,638
Força Física	2,08 ±	.68	2,22 ±	.71	-1,337	,183
Função Física	2,99 ±	.76	2,77 ±	.92	1,709	,089
Auto-Estima Física	2,48 ±	.67	2,42 ±	.73	0,579	,563

No que diz respeito à felicidade em função do sexo, não se verificaram diferenças significativas entre o sexo masculino e feminino (conforme Quadro 14).

Quadro 14. Felicidade em função do sexo

	Feminino		Masculino		t-test	
	Média	Desv. Pad.	Média	Desv. Pad.	T	sig.
Felicidade	3,24	± .72	3,20	± .78	-0,355	,723

Os indivíduos do sexo feminino apresentaram valores significativamente superiores aos do sexo masculino no que concerne aos afectos negativos (conforme Quadro 15).

Quadro 15. Afectos positivos e afectos negativos em função do sexo

	Feminino		Masculino		t-test	
	Média	Desv. Pad.	Média	Desv. Pad.	T	sig.
Afectos Positivos	3,05	± .83	3,04	± .83	0,067	,946
Afectos Negativos	2,71	± .62	2,49	± .59	2,326	,021

4.3 Diferenças em função dos escalões etários (65-75; 76-90)

Os resultados em função do escalão etário indicaram que os valores médios das respostas são semelhantes no que diz respeito à confiança física, à aparência física e à auto-estima física. No que concerne à força física e função física verificou-se que os indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e 75 anos apresentam valores significativamente superiores aos indivíduos com idades compreendidas entre os 76 e os 90 anos. (conforme Quadro 16).

Quadro 16. Autopercepções físicas em função dos escalões etários

	65-75		76-90		t-test	
	Média	Desv. Pad.	Média	Desv. Pad.	T	sig.
Confiança Física	2,23	± .67	2,07	± .71	1,461	,146
Aparência Física	2,18	± .63	2,10	± .63	0,802	,424
Força Física	2,32	± .65	1,99	± .67	3,168	,002
Função Física	3,18	± .77	2,70	± .81	3,800	,000
Auto-Estima Física	2,56	± .65	2,34	± .72	1,943	,054

Quanto à felicidade, os resultados evidenciaram que não há diferenças estatisticamente significativas, pelo que os valor médio das respostas é idêntico em ambos os escalões etários (conforme Quadro 17).

Quadro 17. Felicidade em função dos escalões etários

	65-75		76-90		t-test	
	Média	Desv. Pad.	Média	Desv. Pad.	T	sig.
Felicidade	3,21 ±	.66	3,15 ±	.78	0,460	,646

Embora os valor médio das respostas em relação aos afectos positivos tenha apresentado resultados ligeiramente superiores no escalão etário com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos, este não é estatisticamente significativo. No que concerne aos afectos negativos, verificou-se que o valor médio de ambos os escalões etários é idêntico (conforme Quadro 18).

Quadro 18. Afectos positivos e afectos negativos em função dos escalões etários

	65-75		76-90		t-test	
	Média	Desv. Pad.	Média	Desv. Pad.	T	sig.
Afectos Positivos	3,03 ±	.70	2,91 ±	.86	0,926	,356
Afectos Negativos	2,57 ±	.61	2,71 ±	.59	-1,517	,131

4.4 Diferenças entre idosos não institucionalizados (habitação própria) e idosos institucionalizados (lar)

No que diz respeito às escalas de aparência física, força física, função física e auto-estima física, verificou-se que os indivíduos residentes em habitação própria apresentavam valores significativamente superiores aos indivíduos residentes em lares. No que concerne à confiança física, embora não seja estatisticamente significativo, os valores médios foram igualmente superiores nos indivíduos residentes em habitação própria (conforme Quadro 19).

Quadro 19. Autopercepções físicas em função do local de habitação (Lar/Habitação Própria)

	Lar		HP		t-test	
	Média	Desv. Pad.	Média	Desv. Pad.	T	Sig.
Confiança Física	2,01 ±	.70	2,20 ±	.65	-1,922	,056
Aparência Física	2,02 ±	.62	2,24 ±	.63	-2,419	,017
Força Física	1,99 ±	.63	2,24 ±	.72	-2,536	,012
Função Física	2,68 ±	.84	3,10 ±	.76	-3,575	,000
Auto-Estima Física	2,28 ±	,71	2,60 ±	.65	-3,250	,001

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à felicidade. O valor das respostas dos indivíduos que residem na sua própria casa é superior às respostas dadas pelos indivíduos que residem em lares (conforme Quadro 20).

Quadro 20. Felicidade em função do local de habitação (Lar/Habitação Própria)

	Lar		HP		t-test	
	Média	Desv. Pad.	Média	Desv. Pad.	T	sig.
Felicidade	3,10 ±	.80	3,32 ±	.67	-2,031	,044

Quando comparámos o valor médio das respostas relativas aos afectos positivos, verificámos que os indivíduos residentes em habitação própria apresentaram valores significativamente superiores aos indivíduos residentes no lar. Os indivíduos que vivem no lar apresentaram valor superior aos que têm habitação própria no que concerne aos afectos negativos, embora esses valor não seja estatisticamente significativo (conforme Quadro 21).

Quadro 21. Afectos positivos e afectos negativos em função do local de habitação (Lar/Habitação Própria)

	Lar		HP		t-test	
	Média	Desv. Pad.	Média	Desv. Pad.	T	sig.
Afectos Positivos	2,90 ±	.92	3,16 ±	.74	-2,180	,031
Afectos Negativos	2,72 ±	.57	2,56 ±	.65	1,722	,087

4.5 Diferenças em função do estado civil (solteiro/divorciado; casado e viúvo). Anova.

Os resultados dos valores médios das respostas dos indivíduos acerca das auto percepções físicas em função do estado civil evidenciaram semelhanças. Apenas na auto-estima física é que se verificaram valores estatisticamente significativos, sendo os valores médios das respostas dos indivíduos casados significativamente superiores às dos indivíduos solteiros/divorciados e viúvos (conforme Quadro 22).

Quadro 22. Auto percepções físicas em função do estado civil (Solteiro/Divorciado; Casado; Viúvo)

	Solt./Div.		Casado		Viúvo		ANOVA	
	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	F	sig.
Confiança Física	2.01	± .73	2.21	± .61	2.10	± .70	.993	.372
Aparência Física	2.12	± .75	2.22	± .58	2.10	± .61	.643	.527
Força Física	2.10	± .68	2.28	± .76	2.04	± .63	2.221	.111
Função Física	2.90	± .89	3.11	± .78	2.79	± .81	2.858	.060
Auto-Estima Física	2.34	± .82	2.66	± .59	2.37	± .68	3.865	.023

Verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à felicidade. Os valores das respostas dos indivíduos casados são significativamente superiores às respostas dadas pelos indivíduos solteiros/divorciados e viúvos (conforme Quadro 23).

Quadro 23. Felicidade em função do estado civil (Solteiro/Divorciado; Casado; viúvo)

	Solt./Div.		Casado		Viúvo		ANOVA	
	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	F	sig.
Felicidade	3.06	± .74	3.44	± .69	3.15	± .74	4.149	.017

Os valores médios das respostas relativas aos afectos positivos indicaram que os indivíduos casados apresentam valores significativamente superiores aos indivíduos solteiros/divorciados e viúvos. No que concerne aos valores médios das respostas relativas aos afectos negativos constatou-se que são

semelhantes, sendo contudo os valores médios das respostas dos indivíduos casados ligeiramente inferiores (conforme Quadro 24).

Quadro 24. Afectos positivos e afectos negativos em função do estado civil
(Solteiro/Divorciado; Casado; Viúvo)

	Solt./Div.		Casado		Viúvo		ANOVA	
	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	F	Sig.
Afectos Positivos	2.99	± .84	3.36	± .75	2.85	± .83	7.190	.001
Afectos Negativos	2.67	± .52	2.54	± .65	2.68	± .63	1.002	.369

4.6 Diferenças em função da prática e não prática de actividade física

Os resultados indicaram que o valor médio das respostas dos idosos que praticam actividade física é superior comparativamente aos dos idosos que não praticam actividade física. Estes resultados verificaram-se em todas as escalas das autopercepções físicas, no entanto, na escala de função física estas diferenças não são estatisticamente significativas (conforme quadro 25).

Quadro 25. Autopercepções físicas em função da prática de actividade física

	Pratica A.F.		Não Pratica A.F.		t-test	
	Média	Desv. Pad.	Média	Desv. Pad.	T	Sig.
Confiança Física	2,42	± .58	1,79	± .63	-7,070	,000
Aparência Física	2,34	± .59	1,93	± .58	-4,698	,000
Força Física	2,21	± .68	2,04	± .70	-1,754	,081
Função Física	2,95	± .76	2,87	± .89	-,671	,503
Auto-Estima Física	2,62	± ,65	2,28	± .69	-3,449	,001

Relativamente à felicidade, foi visível que os idosos que praticam actividade física são mais felizes que aqueles que não praticam (conforme Quadro 26).

Quadro 26. Felicidade em função da prática de actividade física

	Pratica A.F.		Não Pratica A.F.		t-test	
	Média	Desv. Pad.	Média	Desv. Pad.	T	sig.
Felicidade	3,29	± .73	3,15	± .74	-1,326	,187

Os indivíduos que praticam actividade física apresentaram valor superior aos que não praticam, no que concerne aos afectos positivos.

Relativamente aos afectos negativos, o valores é superior no grupo que não pratica actividade física, no entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas (conforme Quadro 27).

Quadro 27. Afectos positivos e afectos negativos em função da prática de actividade física

	Pratica A.F.		Não Pratica A.F.		t-test	
	Média	Desv. Pad.	Média	Desv. Pad.	T	sig.
Afectos Positivos	3,16	± .77	2,91	± .88	-2,140	,034
Afectos Negativos	2,65	± .67	2,61	± .56	-,370	,712

4.7 Diferenças entre indivíduos que consideram que a actividade física que praticam é suficiente e aqueles que consideram não ser suficiente

Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito às autopercepções físicas em função dos indivíduos considerarem que a actividade física que praticam é ou não suficiente (conforme Quadro 28).

Quadro 28. Autopercepções físicas em função da actividade física ser ou não suficiente

	Não		Sim		t-test	
	Média	Desv. Pad.	Média	Desv. Pad.	T	sig.
Confiança Física	2.09	± .61	2.13	± .70	-.405	.686
Aparência Física	2.09	± .64	2.16	± .62	-.749	.455
Força Física	2.13	± .72	2.13	± .68	-.058	.954
Função Física	3.05	± .82	2.86	± .82	-1.431	.154
Auto-Estima Física	2.49	± .66	2.44	± .71	-.443	.658

Relativamente à felicidade verificou-se que os valores das respostas dos indivíduos que consideraram que a actividade física que praticam é suficiente não são significativamente superiores às respostas dadas pelos indivíduos que consideraram que a actividade física que praticam não é suficiente (conforme Quadro 29).

Quadro 29. Felicidade em função da actividade física ser ou não suficiente

	Não		Sim		t-test	
	Média	Desv. Pad.	Média	Desv. Pad.	T	sig.
Felicidade	3.22	± .67	3.23	± .76	-.052	.958

Quando comparámos o valor médio das respostas relativas aos afectos positivos e afectos negativos verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que consideraram que a actividade física que praticam é suficiente e os indivíduos que consideram que a sua actividade física não é suficiente (conforme Quadro 30).

Quadro 30. Afectos positivos e afectos negativos em função da actividade física ser ou não suficiente

	Não		Sim		t-test	
	Média	Desv. Pad.	Média	Desv. Pad.	T	sig.
Afectos Positivos	3.13	± .76	3.01	± .87	-.952	.342
Afectos Negativos	2.60	± .48	2.64	± .66	-.393	.695

4.8 Estudo das correlações entre as várias escalas das autopercepções físicas e as escalas de felicidade e afectos

O estudo das correlações entre as várias escalas das autopercepções físicas para a amostra total permitiu verificar que os valores de correlação linear são de magnitude alta, significativos e positivos. A correlação com o valor mais elevado é obtida entre as escalas de auto-estima física e aparência física (0,80) e a correlação com o valor mais baixo é obtida entre as escalas de função física e confiança física (0,41). Os restantes valores são todos significativos e positivos, verificando-se associações de magnitude moderada e alta (valores que variam entre 0,58 e 0,79).

Parece, assim, haver uma relação positiva entre as várias escalas das autopercepções físicas (conforme Quadro 31).

Quadro 31. Correlações entre as várias escalas das autopercepções físicas

	Confiança Física	Aparência Física	Força Física	Função Física	Auto-Estima Física
Confiança Física					
Aparência Física	0,66**				
Força Física	0,58**	0,73**			
Função Física	0,41**	0,64**	0,70**		
Auto-Estima Física	0,63**	0,80**	0,72**	0,79**	

*p≤0,05

**p≤0,01

Relativamente à correlação entre as escalas de felicidade e afectos, verificámos que os valores de correlação linear são de magnitude razoável e significativos entre as escalas de felicidade e afecto positivo. A correlação com o valor mais elevado é obtida entre a escala de felicidade e afecto positivo (0,62) e a correlação com o valor mais baixo é obtida entre a escala de afecto negativo e felicidade (-0,33), sendo esta uma associação linear negativa (conforme Quadro 32).

Quadro 32. Correlações entre as escalas de felicidade e afectos positivo e negativo

	Felicidade	Afecto Positivo	Afecto Negativo
Felicidade			
Afecto Positivo	0,62**		
Afecto Negativo	-0,46**	-0,33**	

*p≤0,05

**p≤0,01

Quando analisámos as correlações entre as várias escalas das autopercepções físicas e as escalas de felicidade e afectos, verificou-se que a escala de felicidade e a escala de afecto positivo apresentam correlações lineares moderadas, positivas e significativas com quase todas as escalas da autopercepção física, excepto com a escala de confiança física. Verificámos

ainda que a associação que se estabelece entre a escala de afecto negativo e as escalas de auto percepção física é uma associação linear negativa de magnitude muito baixa (conforme Quadro 33).

Quadro 33. Correlações entre as várias escalas das auto percepções físicas e as escalas de felicidade e afectos positivo e negativo.

	Felicidade	Afecto Positivo	Afecto Negativo
Confiança Física	0,31**	0,38**	-0,16*
Aparência Física	0,45**	0,52**	-0,17*
Força Física	0,40**	0,43**	-0,18*
Função Física	0,45**	0,44**	-0,26**
Auto-Estima Física	0,55**	0,59**	-0,26**

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considerando os resultados de outros estudos realizados no domínio, procedemos de seguida à discussão e interpretação dos resultados relativos às autopercepções físicas, à felicidade e aos afectos, bem como ao modo como a actividade física se relaciona com eles.

Autopercepções físicas

No âmbito das autopercepções físicas, os resultados evidenciaram que não houve diferenças entre os idosos do sexo masculino e sexo feminino e que as diferenças entre idosos jovens e idosos/muito idosos só se verificaram nas dimensões de força física e função física.

O facto dos idosos jovens apresentarem uma percepção mais elevada ao nível da força e função físicas poderá estar relacionado com as próprias capacidades motoras dos sujeitos.

O envelhecimento está associado a inúmeras alterações com repercussões na funcionalidade, mobilidade, autonomia e saúde (Carvalho, 1999). Essas alterações, normalmente associadas a perdas, decorrem ao longo da idade, sendo mais acentuadas em idosos mais velhos.

Consequentemente, a diminuição da funcionalidade, mobilidade, autonomia e saúde nos idosos mais velhos pode reflectir-se nas autopercepções físicas dos mesmos. No presente estudo, constatou-se que as autopercepções dos idosos mais velhos são inferiores às dos idosos mais jovens nos domínios da força e função física.

Segundo Spirduso (1995) a manutenção da tonicidade muscular, da força corporal, da resistência e da manutenção física induz melhorias na percepção das capacidades individuais.

Relativamente à residência dos idosos (habitação própria ou instituição), os resultados indicaram valores superiores em todas as escalas das autopercepções físicas para os idosos que residem em habitação própria.

O facto do idoso que vive na sua própria casa apresentar autopercepções mais positivas poderá ser consequência de uma atitude mais activa por parte

do mesmo, consequência da necessidade de realizar as tarefas domésticas do dia-a-dia. O idoso que mantém um grau de funcionalidade e de saúde que lhe permite realizar as simples tarefas quotidianas é capaz de se manter independentemente dos outros. Segundo Carvalho e Mota (2002), a independência funcional e a autonomia são aspectos fundamentais da qualidade de vida e podem ser um factor determinante nas percepções que o indivíduo faz de si mesmo. Quanto mais o idoso se sente independente e autónomo mais elevada será a imagem positiva de si mesmo, resultante da percepção de ser capaz de atingir os objectivos pessoais.

Os resultados encontrados no presente estudo podem estar relacionados com este factor, uma vez que a institucionalização do idoso ocorre muitas vezes na sequência de incapacidade funcional. Ou seja, é provável que os idosos institucionalizados que participaram nesta investigação apresentassem um nível de autonomia e funcionalidade inferior aos não institucionalizados influenciando as autopercepções físicas desses idosos.

Os resultados encontrados vão de encontro à afirmação de Paúl (1997) que salienta que os idosos em ambientes institucionalizados desenvolvem fracas expectativas de auto-eficácia provocadas por vários factores, entre eles ambientais, em que o meio é em geral pouco receptivo à mudança e à actividade por parte do idoso. Acrescenta que as mudanças do meio social associadas com a velhice, podem provocar diminuição das capacidades motoras e cognitivas, devido à falta de uso.

A ausência de actividades que preencham os tempos livres e que simultaneamente contribuam para a formação e desenvolvimento dos idosos institucionalizados foi uma realidade constatada. Também este factor foi determinante nos resultados encontrados, pois aos idosos que vivem em lares está associado um estilo de vida sedentário e uma perda de controlo, responsável, pelo menos em parte, pelos sentimentos de desânimo e depressão, assim como do declínio físico acelerado.

Quanto às autopercepções físicas dos idosos em função do estado civil encontrámos diferenças significativas entre sujeitos casados e viúvos na

auto-estima física, verificando-se valores superiores nos casados. Segundo Atchley (1980, cit. Neto, 1999), a viuvez só por si não causa sérias perturbações na auto-estima, contudo, salienta que diversos aspectos do envelhecimento estão associados à perda de auto-estima. A viuvez entre outros aspectos relacionados com o envelhecimento privam as pessoas de muitos dos papéis e relações nucleares em torno dos quais as suas identidades tinham sido construídas. Consequentemente a morte do cônjuge constitui, muitas vezes, o maior trauma com que se confrontam as pessoas idosas (Barros, 1998), suscitando diversos tipos de perdas.

No que se refere às restantes dimensões das autopercepções físicas os resultados também apontam valores superiores para os casados relativamente aos solteiros, viúvos e divorciados, contudo, estas diferenças não são significativas.

Felicidade

Da análise da escala de felicidade constatámos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas em função do sexo e idade. Aliás, estudos desenvolvidos relacionando a idade com a felicidade apontam que não existem efeitos da idade sobre a felicidade, o que se confirma no presente estudo.

Mroczek e Kolarz (1998) analisaram a relação entre a idade e o bem-estar e concluíram que as pessoas mais velhas não são mais infelizes que os jovens ou as pessoas de meia-idade.

No entanto, as dúvidas sobre se é difícil manter o bem-estar no último período de vida persistem (Kunzman e colaboradores, 2000). Investigações neste âmbito sugerem que a idade não está uniformemente associada ao declínio do bem-estar subjectivo.

Ryff (1989) concluiu que os idosos não se sentiam infelizes com as suas vidas actuais e que não procuravam mudar nada nas suas vidas.

Para McConatha e colaboradores (1998, cit. Oliveira, 1999) a satisfação com a vida pode manter-se mesmo quando o idoso vai perdendo o controlo da

sua vida, sobretudo nos homens. Acrescentam que as mulheres idosas manifestam menos satisfação com a vida.

Cameron (1975, cit. Neto, 1999), num estudo envolvendo 6000 pessoas, constatou que os sentimentos de felicidade, tristeza e bem-estar subjectivo não se deterioram com a idade. Contudo, salienta que com o envelhecimento a variabilidade entre as pessoas aumenta, e, acerca desta constatação, Neto (1999) refere que devemos ter presentes as variações individuais e interculturais no modo como as pessoas obtêm a felicidade. Ou seja, as atitudes dos idosos perante a vida e os seu próprio envelhecimento surgem como um dado central e determinante na felicidade.

No que se refere à felicidade dos idosos e à sua relação com o local onde vivem, verificámos que os idosos que residiam em lares apresentaram respostas que indicam uma felicidade inferior relativamente aos que residem na sua própria casa. Os resultados obtidos confirmam a afirmação de que “os idosos em ambientes institucionais vivenciam inúmeras perdas, deprimem-se e ficam desanimados” (Paúl, 1997, p.28). A mesma autora salienta que se observa no idoso institucionalizado um fenómeno que se define, na generalidade, por uma baixa de funcionamento e bem-estar psicológico.

Os lares, no sentido que actualmente têm na nossa sociedade, parecem exercer um efeito negativo. Além disso, os idosos que viveram uma vida inteira na própria casa, estão ligados por laços afectivos e emocionalmente vinculados a esse lugar. Face a esta realidade podemos afirmar que a ida do idoso para uma instituição provoca, muitas vezes, efeitos irreversíveis.

No entanto, não podemos ignorar o facto de que para muitos idosos não é lícito concluir das vantagens de continuarem nas suas casas. Várias são as explicações para este facto, tal como, situação económica precária com dificuldades ao nível de alimentação e medicação, diminuição de autonomia e aumento de estados de incapacidade, entre outros.

Segundo Paúl (1992), mesmo acreditando que a manutenção dos idosos integrados na comunidade é fundamental para um envelhecimento bem sucedido, estudos realizados nesse âmbito verificaram que os idosos a viverem

na sua comunidade não demonstravam sentimentos de satisfação superiores aos que residem em lares.

Contudo, no presente estudo, constatou-se que os idosos que vivem na comunidade demonstram sentimentos de felicidade mais elevados.

Quanto ao estado civil, os resultados indicaram que os sujeitos casados são mais felizes comparativamente a sujeitos viúvos, solteiros ou divorciados.

Estes dados coincidem com o estudo desenvolvido por Wilson (1967) que revelou uma relação positiva entre o casamento e o bem-estar.

Diener e colaboradores (1999) verificaram que as pessoas casadas dizem ser mais felizes do que as pessoas que nunca casaram, bem como das que são divorciadas ou viúvas.

Franzoi e Schields (1984) encontraram nas suas investigações correlações positivas entre níveis de auto-estima e sentimentos de felicidade, de independência e de segurança em indivíduos casados.

Assim sendo, podemos afirmar que os efeitos salutareos do casamento têm um efeito protector contra as dificuldades ao longo da vida (Diener e colaboradores, 1999).

Afectos

Relativamente aos afectos, os resultados evidenciaram afectos negativos superiores nas mulheres, não se verificando o mesmo no que concerne aos afectos positivos. Estes resultados corroboram conclusões de outras investigações que concluíram que os estados depressivos, o pessimismo e os afectos desagradáveis estão mais associados ao sexo feminino.

No que concerne à relação entre afectos e a idade verificou-se que para o escalão etário mais baixo (65-75) os resultados dos afectos positivos apresentaram valores superiores. No que concerne aos afectos negativos, verificou-se que os valores médios de ambos os escalões etários eram idênticos.

Os resultados encontrados coincidem com um estudo desenvolvido por Ferring e Filipp (1995), envolvendo idosos jovens e idosos mais velhos, no que se refere aos afectos positivos, ou seja, estes autores verificaram um declínio mais notório nos idosos mais velhos. Relativamente aos afectos negativos, Ferring e Filipp (1995), contrariamente aos resultados do presente estudo, observaram um aumento da sua frequência entre os idosos mais velhos.

Smith e Baltes (1993) verificaram um declínio da frequência de afectos positivos entre idosos e não encontraram diferenças quanto aos afectos negativos, tal como se verificou neste estudo.

De salientar que Mroczek e Kolarz (1998) consideraram que os resultados das investigações acerca do tema são vagos.

Na relação entre o local de habitação (lar/habitação própria) e o afecto positivo, salientam-se valores superiores nos idosos que vivem na sua própria habitação.

Estes resultados confirmam, mais uma vez, a importância que ocupa na vida dos idosos a satisfação com o ambiente residencial, ligando-se estritamente com o sentido de bem-estar psicológico dos mesmos (Paúl, 1996). Refere ainda que, no caso do idoso, a história de vida está associada ao local onde viveu, o que provoca sentimentos que fazem com que o idoso esteja emocionalmente ligado a esse lugar e conseqüentemente exista uma componente afectiva muito forte.

Assim, o facto dos afectos negativos serem mais frequentes nos idosos que vivem no lar está muitas vezes relacionado com o desânimo aprendido, depressão e incapacidade excessiva. O conceito de desânimo aprendido de Seligman (1975, cit. Paúl, 1997) tem a ver com o declínio de bem-estar psicológico dos idosos institucionalizados, estando associado com imagens de enfraquecimento, apatia e ausência de poder.

Constatou-se, no que se refere aos afectos em função do estado civil, que os afectos positivos foram superiores nos sujeitos casados e que, nos viúvos, foram superiores os afectos negativos.

Diener e colaboradores (1999) referiram a importância do casamento pelo suporte emocional e económico que desencadeia e pelo efeito gerador de estados positivos do bem-estar.

Por outro lado, a viuvez está muitas vezes associada à solidão e a um período de adaptação a um novo estado. A perda de um ente querido, mais precisamente a perda do cônjuge, é, segundo Paúl (1997), o mais doloroso de todos. A mesma autora referiu que o *stress* que é experimentado na sequência da perda, aumenta a perturbação das pessoas viúvas. Zandra e colaboradores (1990) acentuam que essas perdas parecem ser a principal fonte de *stress* para as pessoas idosas.

De acordo com Brubaker (1990, cit. Neto, 1999) a viuvez acarreta muitas vezes um declínio de saúde física e mental.

Um estudo desenvolvido por Norris e Murrell (1990) avaliou idosos que não estavam de luto e idosos que tinham perdido recentemente o cônjuge, concluindo que na amostra de viúvos a saúde permaneceu estável, contudo, a depressão aumentou significativamente e permaneceu elevada.

Os resultados encontrados no presente estudo confirmaram que os idosos viúvos, assim como os idosos solteiros, evidenciaram mais afectos negativos.

Relação com a prática de actividade física

Ao analisar a relação entre a prática de actividade física e as autopercepções físicas, verificou-se que os idosos que praticam actividade física apresentaram valores superiores e significativos em todas as dimensões, com excepção da escala de função física em que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Outros estudos realizados nesta área obtiveram resultados idênticos, como poderemos verificar a seguir. Alferman e Stoll (2000) confirmaram o aumento do auto-conceito físico e do bem-estar subjectivo em adultos de meia-idade após a participação num programa de actividade física com duração de seis meses. Foi possível verificar ainda melhorias ao nível do autopercepções

físicas, embora, contrariamente ao previsto, não se tenham verificado melhorias na auto-estima dos sujeitos.

Num outro estudo desenvolvido por Ponte e colaboradores (1991), observou-se a influência da prática de actividade física nas autopercepções físicas e verificou-se que, entre um grupo que praticava actividade física e um que não praticava, o primeiro apresentava valores mais elevados ao nível das autopercepções.

Faria e Silva (2000), ao relacionarem a prática de exercício físico com o auto-conceito físico e social, o sentido de humor e a auto-estima global em mulheres adultas, concluíram que a prática de exercício físico tem um efeito promotor sobre todos os domínios estudados.

Carapeta (2001) concluiu que a experiência desportiva está associada a um aumento em alguns domínios do auto-conceito, nomeadamente da competência física e aparência física.

Associados a estes aumentos nos domínios específicos do auto-conceito físico estão, segundo Berger e McInman (1993), melhorias ao nível da segurança, confiança e maior facilidade em reagir perante situações de *stress* e tensão. Um estudo desenvolvido por estes autores, no qual participaram idosos praticantes e não praticantes de actividade física, demonstrou resultados que evidenciam que os idosos praticantes possuem características de personalidade mais positivas, com consequências ao nível de sentimentos positivos de auto-estima.

Fox (1997) referiu ainda a importância dos aspectos relacionados com as mudanças corporais resultantes do exercício e da actividade física.

Segundo Berger e Motl (2001), a actividade física influencia directamente a saúde e os subdomínios do *self*, contribuindo para a qualidade de vida das pessoas pela sua influência em variáveis como o afecto, *stress* percebido, saúde física e satisfação com a vida.

No que concerne a este estudo verificámos que os idosos que praticavam actividade física apresentavam valores mais elevados em todas as escalas das autopercepções físicas, com excepção da escala de função física.

Existem inúmeros estudos que relacionam a prática de actividade física com o grau de funcionalidade e autonomia, ou seja, com a capacidade de permanecer independente dos outros e com a realização de tarefas do quotidiano. Os resultados desses estudos evidenciam que a actividade física surge como um potenciador da qualidade de vida da pessoa idosa, ao nível da capacidade de manter autonomamente as diferentes facetas da sua actividade diária (Cunningham e colaboradores, 1993).

Contudo, os resultados deste estudo evidenciaram não haver diferenças significativas no domínio da função física entre praticantes e não praticantes, o que poderá explicar-se pelo tempo (entre 12 e 24 meses) de prática de actividade física da maioria dos sujeitos da amostra.

Relativamente à escala de auto-estima física, os resultados foram evidentes no sentido que entre os idosos que praticavam actividade física, a auto-estima física era mais elevada. Num estudo desenvolvido por Silva (1998) são encontrados resultados semelhantes.

Estes resultados permitem-nos concluir uma relação positiva entre a actividade física e as autopercepções físicas.

Ao analisarmos a relação entre a prática de actividade física, a felicidade e os afectos dos idosos, verificamos que aqueles que praticavam actividade física eram mais felizes e apresentavam afectos positivos mais elevados.

Estes resultados confirmam a associação feita por Argyle (2001) que considera que a actividade física está associada aos benefícios no estado de espírito e ao aumento de experiências de alegria, divertimento e outras experiências positivas.

Stathi e colaboradores (2002) realizaram um estudo em adultos idosos e indicaram a influência da actividade física em todas as dimensões do bem-estar subjectivo, com excepção do bem-estar material. Acrescentam que a actividade física parece contribuir para a alerta mental e atitude positiva face à vida, evitando o *stress*, estados negativos e isolamento.

Através destas evidências, e, mesmo considerando que permanece inconclusivo que o exercício é um factor para o bem-estar subjectivo na terceira

idade (Willis e Campbell, 1999), há um forte consenso de que a actividade física habitual está associada a um aumento do bem-estar subjectivo (Berger, 2001).

Serpa (1993) salienta os benefícios a nível psicológico que a actividade física pode proporcionar, entre eles, a melhoria da auto-imagem e do bem-estar, aumento da autoconfiança, do estado de vigilância e da clareza do pensamento, alterações positivas no humor e diminuição da tensão, depressão e ansiedade, melhoria do bem-estar psicológico e aumento de energia e da capacidade de lidar com as situações, aumentando o prazer no exercício e nos contactos sociais.

Aos idosos que participam num programa de actividade física é dada a oportunidade de cooperar e interagir com os outros, promovendo a socialização e o aumento dos contactos sociais. Este aspecto é para Paúl (1992) um factor fundamental no bem-estar subjectivo, pois o idoso quando envolvido numa actividade mantém-se mais satisfeito e feliz.

Neste sentido, os resultados permitem-nos concluir que a actividade física contribui o aumento de sentimentos positivos e da felicidade do idoso.

Relação entre os constructos

Ao analisarmos as correlações entre as várias escalas das autopercepções físicas verificámos que parece haver uma relação positiva entre as várias escalas. De salientar que os valores de correlação linear mais elevados são obtidos entre a escala de auto-estima física e as restantes escalas das autopercepções físicas. Segundo Fonseca e Fox (2002), a escala de auto-estima orienta-se para o modo como os indivíduos se sentem em relação à dimensão física em geral, enquanto que as restantes escalas se orientam para o modo como os indivíduos se percebem relativamente à confiança física, aparência, força e, no presente estudo, à funcionalidade física.

Neste sentido, podemos concluir que há uma forte relação entre a forma como o idoso se sente com seu corpo e a sua dimensão física e como

percepção o seu corpo e a sua dimensão física. Ou seja, o idoso que possui uma auto-estima física positiva será provavelmente um indivíduo com percepções elevadas acerca da sua aparência, da sua força, da sua confiança física e da própria funcionalidade.

Relativamente à relação que se estabelece entre a felicidade e os afectos, constatámos que existe uma correlação elevada entre a felicidade e o afecto positivo.

Segundo Simões (1992), o bem-estar subjectivo abrange uma componente cognitivo-avaliativa e uma componente afectiva. No presente estudo incidimos a nossa atenção sobre a segunda componente que diz respeito ao complexo de sentimentos e emoções (satisfação / insatisfação, felicidade / infelicidade). Ou seja, a vertente afectiva do bem-estar relaciona-se, segundo Neto (1999b), com os afectos/emoções (felicidade). Desta forma constatámos que os afectos e a felicidade fazem parte da componente afectiva do bem-estar, consequentemente há uma relação entre elas.

No que concerne à relação entre os afectos positivo e negativo, os resultados do presente estudo corroboram as conclusões de um estudo realizado por Badburn (1969) que indicou que estes dois tipos de emoções apresentavam níveis baixos de correlação e que demonstram diferentes modelos de relação com variáveis externas. Ou seja, quanto à estrutura dos afectos, afecto positivo e afecto negativo, podemos considerar que são duas dimensões relativamente independentes.

Finalmente, ao analisar as correlações entre os valores relativos às autopercepções físicas, à felicidade e aos afectos, constatámos que a dimensão das autopercepções físicas que apresentou uma correlação mais forte com a escala de felicidade e afecto foi a de auto-estima física. Estes resultados permitem salientar, mais uma vez, a importância que assume a forma como as pessoas se sentem consigo próprias. Neste caso em concreto, podemos afirmar que o idoso ao sentir-se bem com o seu corpo e a sua dimensão física sente-se mais feliz e apresenta mais afectos positivos, ou seja,

apresenta estados de elevada energia, concentração, sentindo-se entusiasmado e mais activo (Watson e colaboradores, 1988).

Embora as associações que se estabeleceram entre as restantes dimensões das autopercepções físicas e a felicidade e afectos não apresentassem valores tão elevados, verificaram-se correlações lineares moderadas entre todas as escalas. Desta forma, podemos afirmar que a felicidade dos idosos também é determinada pelo modo como se percebem a si próprios.

6. CONCLUSÕES E SUGESTÕES

O envelhecimento continuado da população é uma realidade que se evidencia nas sociedades actuais, conseqüentemente emerge uma procura e um interesse mais profundo acerca desta “época da vida” – a terceira idade.

Neste sentido, procurámos neste estudo conhecer melhor como os idosos se sentem e como se vêem a eles próprios.

Da realização da presente investigação emergiu o seguinte quadro de conclusões:

- Os resultados da análise dos constructos para a amostra total evidenciaram que as autopercepções físicas dos idosos são superiores nas dimensões de função física e auto-estima física. Quanto aos afectos e à felicidade, os idosos apresentaram mais afectos positivos que negativos e demonstraram, de uma forma geral, ser felizes.

- As diferenças na felicidade e autopercepções físicas em função do sexo não foram significativas, verificando-se contudo em relação aos afectos, que as mulheres apresentavam afectos negativos mais elevados.

- As diferenças em função da idade revelaram, ao nível das escalas das autopercepções físicas, que os idosos jovens possuíam uma percepção de função física e força física superior aos idosos/muito idosos. Revelaram ainda que o grupo de idosos jovens apresentavam afectos positivos mais elevados e que, relativamente à felicidade, os diferentes grupos etários não demonstravam diferenças significativas entre eles.

- As autopercepções físicas, a felicidade e os afectos positivos evidenciaram ser superiores nos indivíduos não institucionalizados (a viver em habitação própria). Quanto aos afectos negativos não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados.

- A análise das diferenças em função do estado civil revelou que os idosos casados possuíam uma auto-estima física superior, mais afectos positivos e demonstravam ser mais felizes que os idosos viúvos e solteiros/divorciados.

- As diferenças nas autopercepções físicas em função da prática de actividade física apoiam estudos anteriormente revistos, em que os indivíduos que praticam actividade física apresentavam uma confiança física, aparência física, força física e auto-estima física mais elevadas. Os resultados evidenciaram ainda que os idosos que praticavam actividade física apresentavam afectos positivos mais elevados e se sentiam mais felizes.

- O estudo das correlações entre as escalas de autopercepções físicas, as escalas de bem-estar subjectivo e entre estes dois constructos evidenciaram correlações positivas e significativas em todas as dimensões à excepção da relação que se estabelecia com os afectos negativos que apresentaram correlações negativas.

A qualidade de um trabalho de investigação também assume a sua importância pelas questões que deixa em aberto, para reflexão e futuros estudos. Neste sentido lançamos as seguintes sugestões:

A saúde revelou ser uma base importante para o sentimento de bem-estar nos adultos idosos. Sugerimos desta forma, mais investigações observando a relação entre a saúde funcional e o bem-estar psicológico (auto-estima, autoconceito, afectos, felicidade, satisfação com a vida) de adultos idosos.

No presente estudo concluiu-se que os adultos idosos que praticavam actividade física não demonstravam autopercepções elevadas relativamente à funcionalidade; como tal parece importante aprofundar o conhecimento neste campo. Como referem Fonseca e Fox (2002, p.21), "entendemos que seria importante equacionar a possibilidade de futuramente ser desenvolvida uma

escala destinada a avaliar o que poderíamos designar de capacidade física funcional percebida pelos indivíduos, porquanto em estudos com adultos, particularmente os mais idosos.

Apesar dos benefícios positivos da actividade física ao nível físico, psicológico e social verificámos, contudo, que de um modo geral os idosos não praticam actividade física. Segundo Duarte (1999), as razões de adesão estão muitas vezes associadas a expectativas relacionadas com a saúde e a condição física. No entanto, consideramos ser importante conhecer quais as razões que levam alguns idosos a praticar actividade física. Duarte (1999) refere que para isso torna-se necessário conhecer quais as expectativas e qual o valor que os idosos associam ao seu envolvimento na actividade física.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfermann, D.; Stoll, O. (2000). Effects of physical exercise on self-concept and well-being. Sport Psychology, nº30, pp. 47-65.

Appell, H.; Mota, J. (1991). O Desporto e o Envelhecimento. Horizonte, Vol.44, nº7, pp.43-46.

Argyle, M. (1999). Causes and Correlates of Happiness In: Kahneman, D.; Diener, E.; Schwarz, N. (eds.), Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology, pp. 353-373. Russell Sage Foundation. New York.

Argyle, M. (2001). The Psychology of Happiness. Routledge Editor.

Barreto, J. (1984). Envelhecimento e Saúde Mental. FMP. Porto.

Barros, J. (1998). Viver a Morte. Almedina. Coimbra.

Bento, J. (1998). Desporto e Humanismo – O campo do possível. Eds. Vervy. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Bento, J. (1999). O idoso: a geração do próximo milénio In: J. Mota; J. Carvalho (Eds.), A Qualidade de Vida no Idoso – O Papel da Actividade Física – Actas do Seminário, pp. 118-133. Gabinete de Desporto e Recreação e Tempos Livres. Faculdade de Ciências de Desporto e de Educação Física – Universidade do Porto.

Berger, B. G. (1989). The Role of Physical Activity in the Life Quality of Older Adults. American Academy Physical Education Papers: Physical Activity and Aging, nº22, pp. 43-58.

Berger, B. G.; McInman, A. (1993). Exercise and the Quality of Life In: Singer, R.; Murphey, L.; Tennant, L. (eds.), Handbook of Research on Sport Psychology, pp. 729-760. Macmillan Publishing Company. New York.

Berger, B.G.; Motl, R. (2001). Physical Activity and Quality of Life In: Singer, R.; Hausenblas, H.; Javelle, C. (eds.), Handbook of Sport Psychology. John Wiley & Sonns, Inc..

Bokovoy, J.; Blair, S. (1994). Aging and Exercise: a Health Perspective. Journal of Aging and Physical Activity, nº2, pp. 243-260.

Bouchard, C.; Shepard, R. J.; Stephens, T. (1993). Physical Activity, Fitness, and Health. Human Kinetics Publishers.

Bradburn, N. (1969). The Structure of Psychological Well-Being. Aldine. Chicago.

Brito, A. (1993). Psicologia, Idosos e Exercício In: Marques, A.; Gaya, A.; Constantino, J. (eds.), Physical Activity and Health in the Elderly: Proceedings of the First Conference of EGREPA, pp. 103-118. Porto e Oeiras: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto e Câmara Municipal de Oeiras.

Brubaker, T. H. (1990). Families in Later Life: A Burgeoning Research Area. Journal of Marriage and the Family, nº52, pp. 959-981.

- Byrne, B. M. (1984). The General/Academic Self-concept nomological Network: a Review of Construct Valitation Research. Review of Educational Research, Vol.54, nº3, pp. 427-456.
- Carapeta, C.; Ramires, A. C.; Viana, M. F. (2001). Auto-conceito e Participação Desportiva. Análise Psicológica, nº1 (XIX), pp. 51-58.
- Carminhato, A. (2001). Velhice: a Melhor Época da Vida. Revista Humanidades – Cultura e Cidadania, nº4, pp. 9.
- Carvalho, J. (1999). Aspectos Metodológicos no trabalho com Idosos In: Mota, J.; Carvalho, J. (eds.), A Qualidade de Vida no Idoso – O Papel da Actividade Física – Actas do Seminário, pp. 95-104. Gabinete de Desporto e Recreação e Tempos Livres. F.C.D.E.F. – Universidade do Porto.
- Carvalho, J.; Mota, J. (2002). Actividade Física no Idoso. Justificação e Prática. Câmara Municipal de Oeiras - Divisão do Desporto.
- Chodzko-Zadjo, W. (1999). Improving quality of life in old age. The role of regular physical activity In: Mota, J.; Carvalho, J. (eds.), A Qualidade de Vida no Idoso – O Papel da Actividade Física – Actas do Seminário, pp. 105-117. Gabinete de Desporto e Recreação e Tempos Livres. F.C.D.E.F. – Universidade do Porto.
- Costa, P.; McCrae, R. (1980). Influence of Extraversion and Neuroticism on Subjective Well-Being: Happy and Unhappy People. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 38, nº4, pp. 668-678.
- Cruz, J.; Machado, P.; Mota, M. (1996). Efeitos e benefícios psicológicos do exercício e da actividade física In: Cruz, J., Manual da Psicologia do Desporto, pp. 91-116. Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.. Braga.
- Cunningham, D. A.; Paterson, D. H.; Himann, J. E.; Rechnitzer, P. A. (1993). Determinants of Independence in the elderly, Canadian Journal of Applied Physiology, Vol. 18, nº3, pp. 243-254.
- Dias, I.; Afonso, A. (1999). A Pessoa Idosa na Cidade do Porto: Programa “No Porto a Vida é Longa...” In: Mota, J.; Carvalho, J. (eds.), A Qualidade de Vida no Idoso – O Papel da Actividade Física – Actas do Seminário, pp. 105-117. Gabinete de Desporto e Recreação e Tempos Livres. F.C.D.E.F. – Universidade do Porto.
- Diehl, M.; Hastings, C. T.; Stanton J. M. (2001). Self Concept Differentiation Across the Adult Life Span. Psychology and Aging, Vol. 16, nº4, pp. 643-654.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. Psychological Bulletin, Vol. 95, nº3, pp. 542-575.
- Diener, E. (1994). Assessing Subjective Well-Being: Progress and opportunities. Social Indicators Research, Vol. 31, pp.103-157.
- Diener, E. (2000). Subjective Well-Being. The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. American Psychologist, Vol. 55, nº1, pp.34-43.

Diener, E.; Emmons, R. (1984). The Independence of Positive and Negative Affect. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 47, nº5, pp. 1105-1117.

Diener, E.; Diener, M. (1995). Cross-Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self-Esteem. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 68, nº4, pp. 653-663.

Diener, E.; Myers, D. (1995). Who is Happy?. Psychological Science, Vol. 6, nº1, pp.10-19.

Diener, E.; Diener, M.; Diener, C. (1995). Factors Predicting the Subjective Well-Being of Nations. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 69, nº5, pp. 851-864.

Diener, E.; Smith, H.; Fugita, F. (1995). The Personality Structure os Affect. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 69, nº1, pp. 130-141.

Diener, E.; Suh, E. (1997). Measuring Quality of Life: Economic, Social, and Subjective Indicators. Social Indicators Research, Vol. 40, pp. 189-216.

Diener, E.; Suh, E.; Lucas, R.; Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. Psychological Bulletin, Vol. 125, nº2, pp. 276-302.

Duarte, A. M. (1999). A motivação para a prática de actividade física no idoso In: Mota, J.; Carvalho, J. (eds.), A Qualidade de Vida no Idoso – O Papel da Actividade Física – Actas do Seminário, pp. 84-94. Gabinete de Desporto e Recreação e Tempos Livres. F.C.D.E.F. – Universidade do Porto.

Erikson, E. (1959). Identity and the Life Cicle. Psychological Issues, nº1, pp. 18-164.

Faria, L.; Fontaine, A.M. (1990). Avaliação do conceito de si próprio de adolescentes: adaptação do SDQ I de Marsh à população portuguesa. Cadernos de Consulta Psicológica, nº6, pp. 97-105. (não tenho)

Faria, L.; Silva, S. (2000). Efeitos do exercício na promoção do auto-conceito. Psychologica, nº25, pp. 25-43. Análise Psicológica, nº2 (XVIII), pp. 203-219.

Faria Junior, A. G. (1997). Actividade Física – conceito, modelo e suas especificidades no caso das pessoas idosas In: Actividades Físicas para a Terceira Idade. CNI – SESI. Brasília.

Ferreira, J. F. (1999). A cultura da ancianidade. Revista de Psicologia, Educação e Cultura, Vol. III, nº2, pp. 235-237.

Ferreira, J. A.; Simões, A (1999). Escalas de Bem-Estar Psicológico (E.B.E.P.) In: Simões, M.; Gonçalves, M.; Almeida, L. (eds.), Testes e Provas Psicológicas em Portugal (vol.2), pp. 111-121. APPORT/S.H.O.. Braga.

Fleming, J. S.; Courtney, B. E. (1984). The Dimensionality of Self-Esteem: II. Hierarchical Facet Model for Revised Measurement Scales. Journal of Personality and Social Psychology, Vol.46, nº2, pp. 404-421.

Fonseca, A.M.; Fox, K. (2002). Como avaliar o modo como as pessoas se percebem fisicamente? Um olhar sobre a versão portuguesa do Physical Self-Perception Profile (PSPP). Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, Vol. 2, nº5, pp. 11-23.

- Fox, K. R. (1997). The Physical Self: From motivation to well-being. Champaign. Human Kinetics.
- Fox, K. R. (1998). Advances in the Measurement of the Physical Self In: Duda, J. D. (ed.), Advances in Sports and Exercise Psychology Measurement, pp. 295-310. Fitness Information Technology, Inc. Purdue University Editor.
- Fox, K. R. (1990). The Physical Self-perception Profile Manual. DeKalb IL: Office for Health Promotion. Northern Illinois University.
- Fox, K. R. (2000). Self-esteem, Self-perceptions and Exercise. Sport Psychology, nº31, pp. 228-240.
- Fox, K.; Corbin, C. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and Preliminary Validation. Journal of Sport & Exercise Psychology, Vol. 11, pp. 408-430.
- Franzoi, S.; Schields, S. (1984). The Body Esteem Scale: Multidimensional Structure and Sex Differences in a College Population. Journal of Personality Assessment, nº42, pp.173-178.
- Garcia, R. (1999a). O idoso na sociedade contemporânea In: Mota, J.; Carvalho, J. (eds.), A Qualidade de Vida no Idoso – O Papel da Actividade Física – Actas do Seminário, pp. 74-83. Gabinete de Desporto e Recreação e Tempos Livres. F.C.D.E.F. – Universidade do Porto.
- Garcia, R. (1999b). Da Desportivização à Somatização da Sociedade. Livros Horizonte, Cultura Física.
- Gecas, V. (1982). The Self Concept. Annual Review of sociology, nº8, pp.1-33.
- Giddens, A. (2001). O mundo na era da globalização. Editorial Presença. Lisboa.
- Grufe, O. (2001). El significado del movimiento, el juego y el deporte para las personas mayores In: R. Baur, R. Egeler, Gimnasia, Juego y Deporte para Mayores, pp. 9-37. Editorial Paidotribo, Barcelona.
- Guardia, C. (1994). Leisure and Socio-Economic Development In: Instituto de Ciências Sociais (eds.), New Routs for Leisure – Actas do Congresso Mundial do Lazer, pp. 443-456. Lisboa.
- Guedes, O.C. (2001). Idoso, Esporte e Actividades Físicas. Idéia Editora. Brasil.
- Harter, S. (1985). Process Underlying the Construction, Maintenance and Enhancement of the Self-Concept in Children In: Suls, J.; Greenwald, A. (eds.), Psychological on the Self, Vol. 3. Erlbaum. Hillsdale, NJ.
- Harter, S. (1996). Historical Roots of Contemporary Issues Involving Self-Concept In: Bracken, B. A. (ed.), Handbook of Self-Concept: Developmental, Social and Clinical Considerations, pp. 1-37. John Wiley & Sons, Inc..
- Harter, S. (1999). The Construction of the Self: a developmental perspective. Guilford Press.

Hawkins, B. A.; Binkley, A. L.; Eklund, S. J.; Jingyi, Y. (1998). Cross-Cultural Comparisons of the daily activity patterns and life satisfaction of older adults in China, Australia and the United States, Journal of Cross-Cultural Psychology, Vol. 4, pp. 4-10.

Instituto Nacional de Estatística (2003). Projeções de População Residente em Portugal - 2000-2050. [On-line]: www.ine.pt

Keith, L.; Bracken, B. (1996). Self-Concept Instrumentation: A historical and Evaluation Review In: Bracken, B. (ed.), Handbook of Self-Concept: Developmental, Social and Clinical Considerations, pp. 1-37. John Wiley & Sons, Inc..

Keyes, C.; Shmotkin, D.; Ryff, C. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 82, nº6, pp. 1007-1022.

King, L.; Napa, C. (1998). What Makes a Life Good?. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 75, nº1, pp. 156-165.

Kunzmann, U.; Little, T.; Smith, J. (2000). Is Age-Related Stability of Subjective Well-Being Paradox? Cross-Sectional and Longitudinal Evidence From the Berlin Aging Study. Psychology and Aging, Vol. 15, nº3, pp. 511-526.

Labouvie-Vief, G.; Chiodo, L.; Goguem, L.; Dieh, M.; Orwoll, L. (1995). Representations of Self Across the Life Span. Psychology and Aging, Vol. 10, nº3, pp. 404-415.

Lang, F.; Heckhausen, J. (2001). Perceived Control Over Development and Subjective Well-Being: Differential Benefits Across Adulthood. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 81, nº3, pp. 509-523.

Lawrence, R. H.; Liang, J. (1988). Structural Integration of the Affect balance Scale and the Life Satisfaction Index A: Race, Sex, and Age Differences. Psychology and Aging. Vol. 3, nº4, pp. 375-384.

Levi, B.; Slode, M.; Kasl, S. (2002). Longitudinal Benefit of Positive Self-Perceptions of Aging on Functional Health. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, Vol. 57B, nº5, pp. 409-417.

Lima, A.; Viegas, S. (1988). A diversidade cultural do envelhecimento: a construção social da categoria de velhice. Psicologia, Vol. VI, nº1, pp.149-158.

Lucas, R.; Diener, E.; Suh, E. (1996). Discriminant Validity of Well-Being Measures. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 71, nº3, pp. 616-628.

Lyubomirsky, S.; Lepper, H. (1999). A Measure of Subjective Happiness: Preliminary reliability and construct validation. Social Indicators Research, nº46. pp.137-155.

Maia, J. A.; Almeida, P.; Pina de Moraes, D.; Garganta, R. (1997). Invariância Estrutural da Escala de Auto-Conceito Físico. Um Estudo de Análise Factorial Confirmatória em Jovens dos Dois Sexos dos 13 aos 15 anos de Idade. In: Gonçalves, M. M.; Ribeiro, I.; Araújo, S.; Machado, C.; Almeida, L. S.; Simões, M. R. (Eds.), Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, Vol. V, pp. 525-537. APPORT. Braga.

- Marques, A. T. (1999). A Actividade Física na 3ª Idade In: Mota, J.; Carvalho, J. (eds.), A Qualidade de Vida no Idoso – O Papel da Actividade Física – Actas do Seminário, pp. 11-19. Gabinete de Desporto e Recreação e Tempos Livres. F.C.D.E.F. – Universidade do Porto.
- Marsh, H. W. (1986). Global Self-Esteem: Its Relation to Specific Facets of Self-Concept and their Importance. Journal of Personality and Social Psychology, Vol.51, nº6, pp. 1224-1236.
- Marsh, H. W.; Jackson, S. A. (1986). Multidimensional Self-Concepts, Masculinity, and Femininity as a Function of Women's Involvement in Athletics. Sex Roles. A Journal of Research. Vol.15, nº 7/8, pp. 391-415.
- Marsh, H. W.; Redmayne, R. S. (1994). Multidimensional Physical Self-Concept and its Relations to Multiple Components of Physical Fitness. Journal of Sport & Exercise Psychology, Vol. 16, nº1, pp. 43-55.
- McAuley, E.; Rudolph, D. (1995). Physical Activity, Aging, and Psychological Well-being. Journal of Aging and Physical Activity, Vol.3, nº1, pp.67-98.
- McAuley, E.; Bane, S.; Susan, M.; Mihalko, S. (1995). Exercise in Middel-Aged Adults: Self Efficacy and Self-Presentational Outcomes. Journal International of Preventive Medicine, Vol. 24, nº4, pp.319-328.
- McPherson, B. (1994). Sociocultural Perspectives on Aging and Physical Activity. Journal of Aging and Physical Activity, nº2, pp. 329-353.
- Menec, V.; Chipperfield, J.; Perry, R. (1999). Self-Perceptions of Health: a Prospective Analysis of Mortality, Control, and Health. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, Vol. 54B, nº2, pp. 85-93.
- Mota, J. (1999). Promoção da Actividade Física nos Idosos: uma Perspectiva Global In: Mota, J.; Carvalho, J. (eds.), A Qualidade de Vida no Idoso – O Papel da Actividade Física – Actas do Seminário, pp. 65-69. Gabinete de Desporto e Recreação e Tempos Livres. F.C.D.E.F. – Universidade do Porto.
- Mota, J. (2000). O Idoso, a Actividade Física e a Qualidade de Vida In: A Recreação e Lazer da População com Necessidades Especiais - Actas de Seminário, pp. 126-131. F.C.D.E.F. – Universidade do Porto.
- Mota, J. (2002). Envelhecimento e exercício – Actividade Física e Qualidade de Vida na População Idosa In: Barbanti, V.; Amadio, A.; Bento, J.; Marques, A. (eds.), Esporte e Actividade Física-Interacção entre Rendimento e Saúde, pp. 183-194. Editora Manole.
- Mroczek, D.; Kolarz, C. (1998). The Effect of Age on Positive and Negative Affect: A Developmental Perspective on Happiness. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 75, nº5, pp. 1333-1349.
- Nazareth, J. M. (1999). Envelhecimento Demográfico e Relação entre Gerações. Revista de Psicologia, Educação e Cultura, Vol. III, nº2, pp. 239-251.

Neto, F. (1999a). Satisfação com a Vida e Características de Personalidade. Psychologica, nº22, pp. 55-70.

Neto, F. (1999b). As Pessoas Idosas são Pessoas: Aspectos Psico-Sociais do Envelhecimento. Revista de Psicologia, Educação e Cultura, Vol. III, nº2, pp. 297-322.

Oliveira, J. (1999). Os Idosos Vistos por Eles Mesmos: Variáveis Personológicas e Representação da Morte. Revista de Psicologia, Educação e Cultura, Vol. III, nº2, pp. 323-343.

Paúl, M.C. (1992). Satisfação de Vida em Idosos. Psychologica, nº8, pp. 61-80.

Paúl, M. C. (1996). Psicologia dos Idosos: O envelhecimento em Meios Urbanos. Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.. Braga.

Paúl, M. C. (1997). Lá para o Fim da Vida, Idosos, Família e Meio Ambiente. Livraria Almedina. Coimbra.

Paúl, M. C.; Fonseca, A. (1999). A Saúde e a Qualidade de Vida dos Idosos. Revista de Psicologia, Educação e Cultura, Vol. III, nº2, pp. 345-362.

Peixoto, F.; Mata, L. (1993). Efeitos da Idade, Sexo e Nível Sócio-Cultural no Auto-Conceito. Análise Psicológica, nº3 (XI), pp. 401-413.

Pierce, E. F.; Evans, J. E.; DeGrenier, J. D.; Andres, F. F. (1991). Perceptions of Current and Ideal Body Shape of Athletes and Nonathletes. Perceptual and Motor Skills, nº72, pp.123-130.

Pinquart, M; Sorensen S. (2000). Influences of Socioeconomic Status, Social Network, and Competence on Subjective Well-Being in Later Life: A Meta-Analysis. Psychology and Aging, Vol. 15, nº2, pp. 187-224.

Pinquart, M; Sorensen S. (2001). Gender Differences in Self-Concept and Psychological Well-Being in Old Age: A Meta-Analysis. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, Vol. 56B, nº4, pp.195-213.

Ponte, A.; Portugal, S.; Barroso, N.; Neves, P. (1991). Influência do Contexto Sócio-Desportivo na Formação do Auto-Conceito In: Bento, J.; Marques, A. (eds.), As Ciências do Desporto e a Prática Desportiva. Psicologia Social do Desporto. Porto Editora.

Rosa, M. (1996). Envelhecimento Demográfico: Proposta de Reflexão sobre o Curso dos Factos. Análise Social – Revista do Instituto de Ciências da Universidade Lisboa, Vol. XXXI, nº139, pp.1183-1198.

Ryff, C. (1989). Happiness is Everything, or is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 57, nº6, pp. 1069-1081.

Ryff, C.; Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 69, nº4, pp. 719-727.

Salovey, P. (2000). Emotional States and Physical Health. American Psychologist, Vol. 55, nº1, pp.110-121.

Serra, A., (1986). A Importância do Auto-Conceito. Psiquiatria Clínica, Vol.7, nº2, pp. 57-66.

Serra, A., (1988). O Auto-Conceito. Análise Psicológica, Vol.VI, nº2, pp. 57-66.

Serra, A., (1995). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. Provas Psicológicas em Portugal, Vol.I, pp. 151-163.

Serpa, S. (1993). Actividade Física e Benefícios Psicológicos – Uma Tomada de Posição. Revista Horizonte, nº58, pp. 154-157.

Shavelson, R. J.; Hubner, J. J.; Stanton, J. C. (1976). Self-Concept: Validation of construct interpretations. Review of Educational Psychology, nº46, pp. 407-441.

Shavelson, R. J.; Bolus, R. (1982). Self Concept: The Interplay of Theory and Methods. Journal of Educational Psychology, Vol.74, nº1, pp. 3-17.

Shepard, R. (1979). Self-Acceptance: The Evaluative Component of the Self-Concept Construct. American Educational Research Journal, nº16, pp.139-160.

Shumaker, R.; Anderson, R.; Czajkowski, S. (1990). Psychological Tests and Scales In: Spilker, B. (ed.), Quality of Life Assessments in Clinical Trials, pp.95-113. Raven Press. New York.

Silva, S. M. (1998). Efeitos da Actividade Física na Promoção do Auto-Conceito: Dimensões Física, Social e de Auto-Estima Global. Dissertação Apresentada para Provas de Mestrado no Ramo de Ciências de Desporto. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física – Universidade do Porto.

Simões, A. (1992). A EBS: uma escala para medir a dimensão temporal futura do bem-estar subjectivo?. Psychologica, nº8, pp. 13-25.

Simões, A. (1999). A personalidade do adulto: estabilidade ou mudança?. Psychologica, nº22, pp. 9-26.

Smith, J.; Baltes, P. (1993). Differential Psychological Ageing: Profiles of the Old and very Old. Ageing and Society, nº13, pp. 551-587.

Spiriduso, W.W. (1994). Physical Activity and Aging: Retrospections and Visions for the Future. Journal of Aging and Physical Activity, nº2, pp. 233-242.

Spiriduso, W. W. (1995). Physical Dimensions of Aging. Champaign. Human Kinetics Publishers.

Spiriduso, W. W.; MacRae, P. G. (1990). Motor Performance and Aging In: Handbook of the Psychology of Aging, pp. 183-200. Academic Press, Inc..

Stathi, A; Fox, K. R.; McKenna, J. (2002). Physical Activity and Dimensions of Subjective Well-Being in Older Adults. Journal of Aging and Physical Activity, nº10, pp. 76-92.

Stones, M.; Kozma, A. (1986). "Happy are they who are Happy...": a Test Between Two Causal models of Happiness and its Correlates. Experimental Aging Research, n°12, pp. 23-29.

Troll, L.; Skaff, M. (1997). Perceived Continuity of Self in Very Old Age. Psychology and Aging, Vol. 12, n°1, pp. 162-169.

Watson, D.; Clark, L.; Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 54, n°6, pp. 1063-1070.

Williams, H. G. (1983). Perceptual and Motor Development, pp. 282-318. Englewood Cliffs, New Jersey. Prentice-Hall, Inc..

Willis, J. D.; Campbell, L. F. (1992). Exercise Psychology. Human Kinetics Publishers.

Wilson, W. (1967). Correlates of Avowed Happiness. Psychological Bulletin, Vol. 67, n°4, pp. 294-306.

World Health Organization (1997). The Heidelberg Guidelines for Promoting Physical Activity Among Older Persons. Journal of Aging and Physical Activity, Vol. 5, n°1, pp. 2-8.

World Health Organization (1998). Growing Older, Staying Well. Ageing and Physical Activity in Everyday. World Health Organization – Aging and Health Programme Genève.

Zantra, A. J.; Reich, J. W.; Guarnaccia, C. A (1990). Some Everyday Life Consequences of Disability and Bereavement for Older Adults. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 59, pp. 550-561.

ANEXOS

PROPOSTAS DE TRADUÇÃO – Escala de Afectos Positivos e Negativos
“Positive and Negative Affect Schedule”

Itens	Versão Original	Proposta de Tradução *	Perito 1	Perito 2	Perito 3	Perito 4	Versão Final
1	Interested	Interessado					Interessado
2	Strong	Forte					Forte
3	Inspired	Inspirado					Inspirado
4	Excited	Excitado	Entusiasmado	Entusiasmado		Entusiasmado	Excitado
5	Alert	Alerta			Atento		Alerta
6	Active	Activo					Activo
7	Proud	Orgulhoso					Orgulhosos
8	Enthusiastic	Entusiástico					Entusiástico
9	Determined	Determinado				Decidido	Determinado
10	Attentive	Atento					Atento
11	Nervous	Nervoso					Nervoso
12	Guilty	Culpado					Culpado
13	Scared	Assustado					Assustado
14	Hostile	Hostil					Hostil
15	Distressed	Stressado			Aflito	Aflito	Stressado
16	Irritated	Irritado					Irritado
17	Ashamed	Envergonhado					Envergonhado
18	Jittery	Agitado				Ansioso	Agitado
19	Afraid	Receoso					Receoso
20	Upset	Aborrecido					Aborrecido

* Proposta de tradução do orientador científico e investigador

PROPOSTAS DE TRADUÇÃO – Escala de Felicidade Geral
“General Happiness Scale”

Itens	Versão Original	Proposta de Tradução *	Perito 1	Perito 2	Perito 3	Perito 4	Versão Final
1	In general, I consider myself: Not a very happy person; A very happy person	De uma forma geral, considero-me: Uma pessoa não muito feliz; Uma pessoa muito feliz					De uma forma geral, considero-me: Uma pessoa não muito feliz; Uma pessoa muito feliz
2	Compared to most of my peers, I consider myself: Less happy; More happy	Comparado-me com a maioria dos meus colegas, considero-me: Menos feliz; Mais feliz			Em comparação com a maioria dos meus colegas, considero-me: Menos feliz; Mais feliz		Comparado-me com a maioria dos meus colegas, considero-me: Menos feliz; Mais feliz
3	Some people are generally very happy. They enjoy life regardless of what is going on, getting the most out of everything. To what extent does this characterization describe you? Not at all; A great deal	Algumas pessoas são normalmente muito felizes. Gostam da vida, independentemente do que lhes acontece, retirando o melhor de todas as coisas ou momentos. Em que medida esta descrição se aplica a si? Nada Completamente		Algumas pessoas são normalmente muito felizes. Gostam da vida, apesar do que acontece, retirando o melhor de tudo. Até que ponto esta descrição o descreve? Nada de nada Muito	Algumas pessoas são normalmente muito felizes. Gostam da vida, independentemente do que lhes acontece, retirando o melhor de todas as coisas ou momentos. Em que medida esta descrição se aplica a si? Nada Muito		Algumas pessoas são normalmente muito felizes. Gostam da vida, independentemente do que lhes acontece, retirando o melhor de todas as coisas ou momentos. Em que medida esta descrição se aplica a si? Nada Completamente
4	Some people are generally not very happy. Although they are not depressed, they never seem as happy as they might be. To what extent does this characterization describe you? Not at all; A great deal	Algumas pessoas são normalmente pouco felizes. Apesar de não serem depressivas, parecem nunca estar tão felizes como poderiam estar. Em que medida esta descrição se aplica a si? Nada Completamente	Algumas pessoas são normalmente pouco felizes. Embora não estejam deprimidas, parecem nunca estar tão felizes como poderiam estar. Em que medida esta descrição se aplica a si? Nada Completamente	Algumas pessoas são normalmente pouco felizes. Embora não estejam deprimidas, parecem nunca estar tão felizes como poderiam estar. Em que medida esta descrição se aplica a si? Nada de nada Muito	Algumas pessoas são normalmente pouco felizes. Apesar de não serem depressivas, parecem nunca estar tão felizes como poderiam estar. Em que medida esta descrição se aplica a si? Nada Muito		Algumas pessoas são normalmente pouco felizes. Apesar de não serem depressivas, parecem nunca estar tão felizes como poderiam estar. Em que medida esta descrição se aplica a si? Nada Completamente

* Propostas de tradução do orientador científico e investigador